

GR_GERICHTE U 2017 73 vom 28. Mai 2020

GR Gerichte, 2020-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_U_2017_73

FR: GR_GERICHTE U 2017 73 du 28 mai 2020

IT: GR_GERICHTE U 2017 73 del 28 maggio 2020

Regeste

Staatshaftung

Erwägungen

E. 1

E._____ trat am 15. Februar 2013 um 23:15 Uhr in die Zentrale Notfallstation des Spitals F._____ ein. Der diensthabende Notfallarzt hatte sie mit der Diagnose Erysipel bei Status nach Ulcus cruris (Ulkus am Unterschenkel) eingewiesen. Als Nebendiagnosen hatte der Notfallarzt Asthma bronchiale (behandelt), Eisenmangel (behandelt), Hypertonie (behandelt), einen viralen Infekt der oberen Luftwege sowie Adipositas festgehalten. Die Untersuchungen auf der Zentralen Notfallstation wiesen in der Folge darauf hin, dass die Patientin nicht an einem Erysipel, sondern an einer nekrotisierenden Faszitis litt, einer seltenen, oftmals sehr heftig verlaufenden bakteriellen Infektion der Muskelfaszien. Es wurde eine Notoperation in die Wege geleitet und der Infektherd wurde mittels CT lokalisiert. Um 3:30 Uhr wurde die Patientin intravenös mit starken Antibiotika versorgt. Durch eine Sepsis mit beginnendem Organversagen bereits stark geschwächt erlitt die Patientin bei der Intubation kurz vor 5:00 Uhr einen Herzstillstand und musste reanimiert werden. In der Folge scheiterte das übliche Vorgehen zur Legung einer zentralen Leitung zweimal, worauf operativ Blutgefässe in der Leistengegend freigelegt wurden, so dass dort ein arterieller und ein venöser Katheter eingesetzt werden konnten. Danach begann um 6:20 Uhr die eigentliche Operation. Der Operateur traf am ganzen Unterschenkel sowie auch am Oberschenkel eine weit fortgeschrittene nekrotisierende Faszitis an. Er entfernte die gesamten Faszien am Unterschenkel und begann damit, dies auch am Oberschenkel zu tun. Nach einem telefonischen Konsilium mit dem stellvertretenden Chefarzt und dem Leiter der Traumatologie entschied das Operationsteam, aufgrund der kaum mehr vorhandenen Überlebenschancen der Patientin die Operation abzubrechen. Am 16. Februar 2013 um 7:05 verstarb E._____. Die von der Staatsanwaltschaft Graubünden zur Klärung des Todesfalls eingeleiteten rechtsmedizinischen Untersuchungen ergaben einen natürlichen Tod. Am 26. Februar 2013 schloss die Staatsanwaltschaft die Abklärungen mittels Nichtanhandnahmeverfügung ab.

- 3 -

E. 1.1

Die Kläger machen Genugtuungsansprüche von insgesamt Fr. 50'000.00 wegen ärztlichen Fehlverhaltens bei der Behandlung von E._____ am 15./16. Februar 2013 im Spital F._____ geltend. Das Spital F._____ untersteht als öffentliches Spital dem Gesetz über die Staatshaftung (Art. 1 Abs. 1 lit. a SHG [BR 170.050]; Art. 6 Abs. 1 des kantonalen Krankenpflegegesetzes [KPG/BR 506.000]). Auch die im Dienste des Spitals F._____

stehenden Ärzte unterstehen bei der Ausübung dienstlicher Tätigkeiten dem SHG (Art. 1 Abs. 1 lit. c SHG). Nach der Rechtsprechung gelten sämtliche ärztlichen Tätigkeiten in öffentlichen Spitälern als dienstliche Tätigkeit (BGE 122 III 101 E.2a/aa).

Genugtuungsansprüche aus dem SHG beurteilt das Verwaltungsgericht im Klageverfahren (Art. 6 Abs. 1 SHG i.V.m. Art. 63 Abs. 1 lit. c des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100]). Die sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Verwaltungsgerichts ist somit gegeben.

- 8 -

E. 1.2

Das verwaltungsgerichtliche Klageverfahren ist in den Art. 63 bis 65 VRG nur sehr knapp geregelt. Für die meisten Belange wird in Art. 65 Abs. 1 VRG auf die Bestimmungen über das verwaltungsgerichtliche Beschwerdeverfahren verwiesen. Für den Fall, dass dem VRG keine Vorschrift entnommen werden kann, verweist Art. 65 Abs. 2 VRG auf die für das Zivilverfahren geltenden Bestimmungen, mithin auf die Zivilprozessordnung (ZPO, SR 272). Vorliegend zeigt sich in Anwendung dieser Bestimmungen, dass die Rechtsschriften den Formerfordernissen genügen (Art. 38 VRG) und dass die Aktivlegitimation der Kläger gegeben ist (Art. 50 VRG). Auch die örtliche Zuständigkeit ist gegeben, die Beklagte hat ihren Sitz im Kanton Graubünden (Art. 10 Abs. 1 lit. b ZPO; Handelsregisterauszug, Klägerische Beilage [KB] 6). Sodann können die Kläger ihre Ansprüche in einfacher Streitgenossenschaft geltend machen (Art. 71 Abs. 1 ZPO) und sie können mit einer Teilklage nur einen Teil des ihnen ihrer Ansicht nach zustehenden Genugtuungsanspruchs einklagen (Art. 86 ZPO). Da auch alle weiteren Prozessvoraussetzungen unbestritten erfüllt sind, ist auf die Klage einzutreten.

E. 1.3

Die Kläger beantragen die Anwendung der Vorschriften über das vereinfachte Verfahren gemäss Art. 243 ff. ZPO. Diesem Antrag kann nicht gefolgt werden. Die Kläger übersehen, dass die Vorschriften der ZPO für das vorliegende Verfahren nur dann Anwendung finden, wenn sich im SHG und im VRG keine einschlägige Vorschrift findet. Im vorliegenden Fall stellen sich nun aber keine verfahrensrechtlichen Fragen, für welche auf die Art. 243 ff. ZPO zurückgegriffen werden müsste. Für die Ermittlung des Sachverhalts kommen entgegen der Ansicht der Kläger nicht Art. 247 Abs. 1 ZPO (richterliche Fragepflicht) oder Art. 247 Abs. 2 ZPO (Untersuchungsmaxime) zur Anwendung, sondern es ist auf Art. 6 Abs. 2 SHG abzustellen, wonach die Parteien dem Gericht den Sachverhalt des Rechtsstreits darzulegen haben und das Gericht seinem Verfahren nur rechtzeitig geltend gemachte Tatsachen zugrunde legt. Dies wiederum entspricht weitgehend der Verhandlungsma-

- 9 - xime gemäss Art. 55 Abs. 1 ZPO. Als lex specialis geht Art. 6 Abs. 2 SHG auch dem Untersuchungsgrundsatz in Art. 11 VRG vor (Urteile des Verwaltungsgerichts [VGU] U 16 11 vom 15. März 2019 E.2 und U 15 91 vom 13. Juni 2017 E.1g).

E. 1.4

Gemäss Art. 8 Abs. 1 SHG verjähren die aus dem SHG fliessenden Ansprüche in einem Jahr von dem Tag an, da die Geschädigten Kenntnis vom Schaden und vom Ersatzpflichtigen erlangt haben, jedenfalls aber mit dem Ablauf von zehn Jahren vom Tage der schädigenden Handlung an gerechnet. Vorliegend erfolgte die umstrittene Behandlung

von E._____ im Spital F._____ am 15./16. Februar 2013. Bei Einreichung der Klage an das Verwaltungsgericht am 20. Juli 2017 war die absolute Verjährungsfrist von 10 Jahren offensichtlich nicht abgelaufen. Auch die relative Verjährungsfrist von einem Jahr wurde gewahrt, da die Beklagte für den Zeitraum vom 16. Februar 2013 bis zum 31. Dezember 2017 Verjährungsverzichtserklärungen abgegeben hatte (KB 7-12).

E. 1.5

Bei den Akten befindet sich eine Dokumentation zur Behandlung von E._____ aus dem elektronischen Krankenhaus-Informationssystem (KIS). Die Kläger sind der Ansicht, auf diese KIS-Dokumentation dürfe im vorliegenden Verfahren nicht abgestellt werden. Die Beklagte habe ihnen die KIS-Dokumentation vorenthalten und ihr Inhalt sei in Zweifel zu ziehen. Dem kann aus den nachstehend dargelegten Gründen nicht gefolgt werden.

E. 1.5.1

Mit Schreiben vom 18. März 2013 ersuchten die Kläger die Stabsstelle Haftpflicht/Beschwerden des Spitals F._____ um die Herausgabe der Patientenakte (KB 21). Nach der Entbindung der involvierten Ärzte vom Berufsgeheimnis holte die Stabsstelle die Unterlagen bei den beteiligten Sekretariaten ein und übermittelte diese den Klägern mit Schreiben vom 16. Mai 2013 (KB 22). Mit Schreiben vom 9. Juli 2013 erhoben die Kläger den Vorwurf ärztlicher

- 10 - Fehlbehandlung und ungenügender Dokumentation (KB 23). Aufgrund dieser Eingabe stellte die Stabsstelle fest, dass den Klägern Unterlagen fehlten. Die Stabsstelle nahm Abklärungen bei der Radiologie und beim Labor vor und stellte den Klägern mit Schreiben vom 6. August 2013 diverse weitere Unterlagen zu (KB 24). Mit Schreiben vom 23. September 2013 beanstandeten die Kläger die Dokumentation erneut als unvollständig und äusserten den Verdacht, dass Dokumente vorenthalten würden (KB 25). Mit Schreiben vom 10. November 2015 teilten die Kläger mit, sie hätten in Rücksprache mit ihrer medizinischen Beraterin Dr. med. G._____ festgestellt, dass der histologische Befund in den Akten fehle (KB 26). Mit E-Mail vom 13. November 2015 wurde dieser Befund den Klägern zugesendet (KB 27). Später stellte die Beklagte aufgrund der Ausführungen der Kläger in der Klageschrift fest, dass den Klägern die Inhalte des KIS nicht bekannt waren. Die Beklagte reichte deshalb als Beilage zur ihrer Klageantwort die KIS-Dokumentation nach. Dazu erklärte sie in glaubhafter Weise, dass die Fehler der Stabsstelle Haftpflicht/Beschwerden bei der Herausgabe der Unterlagen an die Kläger aus Versehen erfolgt seien, weil damals das KIS primär als internes Arbeitsinstrument für die Ärzte etabliert gewesen sei und weil die Verantwortliche der Stabsstelle bei der Herausgabe der Unterlagen im Jahr 2013 an das Vorhandensein der KIS-Dokumentation schlicht nicht gedacht habe. Aus dem Mailverkehr zwischen der Stabsstelle und dem Departement Infrastruktur des Spitals F._____ geht denn auch hervor, dass die Mitarbeiter der Stabsstelle erst am 22. November 2017 eine KIS Grundschulung hatten und dass erst im Nachgang zu dieser Schulung ein Zugang zum KIS für die Stabsstelle beantragt wurde (Beilage zur Stellungnahme der Beklagten vom 22. Februar 2018). Es ist sehr bedauerlich, dass bei der Herausgabe der Patientenakte an die Kläger wiederholt Fehler gemacht wurden. Entgegen der Ansicht der Kläger ist aber davon auszugehen, dass die Beklagte den Klägern die KIS-Dokumentation nicht absichtlich vorenthalten hat. Sie hätte dafür auch gar

- 11 - keinen Grund gehabt, wird sie doch durch die KIS-Dokumentation nicht belastet, sondern im Gegenteil deutlich entlastet (vgl. unten E.4.4 und 4.12).

E. 1.5.2

Die Kläger sind der Ansicht, die Beklagte habe die KIS-Dokumentation nachträglich manipuliert, um sich im vorliegenden Verfahren Vorteile zu verschaffen. Dem kann nicht gefolgt werden. Am 16. Januar 2018 stellten die Kläger Strafanzeige wegen Urkundenfälschung. Am 26. April 2018 fand ein staatsanwaltschaftlicher Augenschein unter Anwesenheit von K._____, Entwickler und Programmierer am Spital F._____, und L._____ von der Abteilung Cybercrime der Kantonspolizei Graubünden statt (Augenscheinprotokoll, KB 35). Unter Aufsicht von L._____ druckte K._____ die aus dem KIS ausdrückbaren Dokumente aus (im vorliegenden Verfahren zusammengefasst in KB 38) und erstellte von den nicht ausdrückbaren Daten Screenshots (im vorliegenden Verfahren zusammengefasst in KB 36). Mit Einstellungsverfügung vom 26. November 2018 kam die Staatsanwaltschaft Graubünden zum Schluss, im Zusammenhang mit dem Tod von E._____ könne niemandem ein Urkundendelikt zum Vorwurf gemacht werden (Beilage zum Schreiben der Beklagten vom 29. November 2018). Die KIS-Dokumentation stellt deshalb für das vorliegende Verfahren ein verlässliches Beweismittel dar.

2. Der materiellrechtliche Hintergrund des streitigen Genugtuungsanspruchs präsentiert sich wie folgt. Gemäss Art. 3 SHG haften die Gemeinwesen für den Schaden, der Dritten durch ihre Organe und in ihrem Dienst stehende Personen bei der Ausübung dienstlicher Tätigkeiten widerrechtlich zugefügt wird. Gestützt auf Art. 5 SHG haben die Gemeinwesen auch Genugtuungsleistungen zu übernehmen, falls die Voraussetzungen hierfür gegeben sind. Für die Voraussetzungen der Genugtuungsleistungen verweist Art. 5 SHG auf Art. 49 des Obligationenrechts (OR; SR 220). Gemäss Art. 49 OR hat Anspruch auf Leistung einer Geldsumme als Genugtuung, wer in seiner Persönlichkeit widerrechtlich verletzt wird, sofern die Schwere der Verletzung es

- 12 - rechtfertigt und diese nicht anders wiedergutmacht worden ist. Die Genugtuung bezweckt den Ausgleich für erlittene immaterielle Unbill, indem das Wohlbefinden anderweitig gesteigert oder die Beeinträchtigung erträglicher gemacht wird (BGE 132 II 117 E.2.2.2). Vorliegend sind sich die Parteien zu Recht darin einig, dass folgende Tatbestandsmerkmale erfüllt sein müssen: - Verhalten (Tun oder Unterlassen) von Personen im öffentlichen Dienst bei der Ausübung dienstlicher Tätigkeiten. Diese Voraussetzung ist vorliegend unbestrittenermassen erfüllt (vgl. vorne E.1.1). - Schwere Persönlichkeitsverletzung der Personen, die den Anspruch auf Genugtuung erheben (vgl. unten E.3.) - Widerrechtlichkeit des Verhaltens der Personen in öffentlichem Dienst (vgl. unten E.4) - Kausalzusammenhang zwischen dem Verhalten der Personen in öffentlichem Dienst und dem Schaden (vgl. unten E.4.16) Nicht einig sind sich die Parteien in Bezug auf das Tatbestandsmerkmal des Verschuldens. Die Kläger sind der Ansicht, es liege nicht nur beim Schadenersatz gemäss Art. 3 SHG, sondern auch bei der Genugtuung gemäss Art. 5 SHG eine Kausalhaftung vor, so dass kein Verschulden erforderlich sei. Diese Sichtweise vermag sich darauf zu stützen, dass nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts für den Genugtuungsanspruch grundsätzlich dann ein Verschulden erforderlich ist, wenn sich ein allfälliger Schadenersatzanspruch aus einer culpa-Haftung ableitet, während bei einer Kausalhaftung für die Genugtuung kein Verschulden vorausgesetzt ist (BGE 123 III 204 E.2e). Die Beklagte vertritt demgegenüber die Ansicht, nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichts handle es sich bei der Genugtuung gemäss Art. 5 SHG um eine Verschuldenshaftung. Sie verweist dabei auf zwei Entscheide des Verwaltungsgerichts, in welchen das Verschulden als Voraussetzung für einen Genugtuungsanspruch ausdrücklich

genannt wird (VGU A

- 13 - 09 16 vom 1. September 2009 E.3c und U 08 53 vom 4. Dezember 2008 E.2b). Die beiden Urteile VGU U 08 53 und A 09 16 enthalten eine fehlerhafte Begründung bezüglich des (angeblichen) Verschuldenserfordernisses bei Genugtuungsforderungen. So wird in beiden Urteilen auf den Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts A-1790/2006 vom 17. Januar 2008 verwiesen (im Urteil fälschlicherweise als Urteil des Bundesgerichts angegeben), in dem ein Haftungsfall nach dem Verantwortlichkeitsgesetz des Bundes (VG; SR 170.32) zu beurteilen war; in Art. 6 VG wird indes die Leistung einer Genugtuung ausdrücklich vom Verschulden des Beamten abhängig gemacht. Auch das frühere Verantwortlichkeitsgesetz des Kantons Graubünden vom 29. Oktober 1944 folgte dem Verschuldensprinzip. Davon ist der Kanton aber mit der Revision der Kantonsverfassung (KV; BR 110.100) am 14. September 2003 und der Einführung von Art. 26 KV abgekommen. Die Staatshaftung ist somit im SHG als Kausalhaftung ausgestaltet, setzt also Widerrechtlichkeit, aber kein Verschulden voraus. Zwar hätte der Gesetzgeber grundsätzlich für einen Anspruch auf Genugtuung Verschulden als Voraussetzung festlegen können, doch findet sich in Art. 5 SHG diesbezüglich kein Hinweis; daran ändert auch der Verweis auf Art. 49 OR nichts. Damit kann festgehalten werden, dass für die Geltendmachung eines Anspruchs auf Genugtuung nach Art. 5 SHG kein Verschulden nachgewiesen werden muss. Auf die Argumente der Parteien näher einzugehen, erübrigt sich indessen. Dies, weil sich die Parteien zu Recht darin einig sind, dass der Genugtuungsanspruch der Kläger ganz wesentlich davon abhängt, ob den an der Behandlung der verstorbenen E._____ beteiligten Ärzten des Spitals F._____ ein Fehlverhalten im Sinne einer Verletzung ihrer ärztlichen Sorgfaltspflichten vorzuwerfen ist. Liegt ein Behandlungsfehler vor, so ist regelmässig von einem Verschulden der behandelnden Ärzte in der Form der Fahrlässigkeit

- 14 - auszugehen. Ob die Frage des Behandlungsfehlers beziehungsweise der Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht im Rahmen Tatbestandsmerkmals der Widerrechtlichkeit zu prüfen ist, wie dies die Kläger sehen und wie dies im vorliegenden Urteil gehandhabt wird (vgl. unten E.4), oder ob diese Frage im Rahmen eines separaten Tatbestandsmerkmals des Verschuldens zu klären ist, wie die Beklagte argumentiert, ist im Ergebnis nicht entscheidend. 3. Geprüft wird nun, ob die Klägerin A._____ durch den Tod ihrer Tochter und die Kläger C._____ und B._____ durch den Tod ihrer Schwester eine schwere Persönlichkeitsverletzung im Sinne von Art. 49 OR erlitten haben.

E. 2

Die Mutter A._____, die Schwester B._____ und der Bruder C._____ warfen dem Spital F._____ mit Schreiben vom 9. Juli 2013 eine Fehlbehandlung ihrer Tochter beziehungsweise Schwester vor. Von Seiten des Spitals F._____ nahmen diverse Ärzte Stellung. Die Hinterbliebenen liessen sich von Dr. med. G._____, FMH Chirurgie, Ärztin für Gefässchirurgie und Phlebologie, beraten. Von Seiten der Rechtsschutzversicherung der Hinterbliebenen und des Haftpflichtversicherers des Spitals F._____ wurden Kurzgutachten in Auftrag gegeben.

E. 3

Das Spital F._____ bzw. seine Haftpflichtversicherung und die Hinterbliebenen beauftragten 2014 gemeinsam aussergerichtlich Dr. med. H._____, FMH Chirurgie, FMH Allgemein- und Unfallchirurgie, mit der Begutachtung der medizinischen Behandlung von

E._____ am Spital F._____. Der Gutachter kam am 2. Januar 2015 zum Schluss, dass den Medizinern des Spitals F._____ keine Behandlungsfehler vorgeworfen werden können, hingegen die Dokumentation in der Krankenakte zum Teil missverständlich, unvollständig und von schlechter Qualität sei; auf Nachfrage hin sei dem Gutachter bestätigt worden, dass die Triageperson auf der Notfallstation kein Arzt gewesen sei, sondern eine Pflegeperson; schliesslich sei das Verordnungsblatt gänzlich leer und die getroffenen Massnahmen nur aus der Pflegedokumentation ersichtlich.

E. 3.1

Nach der Rechtsprechung stellt Art. 49 OR die allgemeine Regel für Genugtuung dar, während Art. 47 OR als Anwendungsfall dieser allgemeinen Regel zu betrachten ist (BGE 123 III 204 E.2e). Gemäss Art. 47 OR kann der Richter bei Tötung eines Menschen unter Würdigung der besonderen Umstände den Angehörigen des Getöteten eine angemessene Geldsumme als Genugtuung zusprechen. Dies bedeutet, dass die Hinterbliebenen durch die Tötung eines Angehörigen eine Persönlichkeitsverletzung im Sinne von Art. 49 OR erleiden können. Der Verlustschmerz kann ihre psychische Integrität beeinträchtigen und es kann zu schmerzlichen Veränderungen fürs Familienleben kommen. Nach der Rechtsprechung hängt es dabei nicht allein vom Verwandtschaftsgrad ab, ob im Falle einer Tötung ein Genugtuungsanspruch besteht, sondern vor allem von der Intensität der Beziehung zwischen der getöteten Person und deren Angehörigen. Dabei kommt der Frage, ob eine hinterbliebene Person mit der verstorbenen Person zusammengewohnt hat, regelmässig eine grosse Bedeutung zu, weil darin ein wichtiger Anhaltspunkt für die Intensität einer Beziehung liegt. Bei Geschwistern ist die Rechtsprechung bezüglich der Anerkennung eines Genugtuungsanspruchs eher zurückhaltend. In der Regel wird der Anspruch auf Genugtuung nur dann geschützt, wenn das Geschwister mit der verstorbenen Person noch im glei-

- 15 - chen Haushalt lebte. Wurde der gemeinsame Haushalt schon vor dem Schadenereignis aufgegeben, besteht ein Genugtuungsanspruch nur unter der Bedingung, dass sehr enge Kontakte zueinander bestanden und der Verlust des Geschwisterteils einen aussergewöhnlichen seelischen Schmerz verursacht hat (Urteil des Bundesgerichts 1C_286/2008 vom 1. April 2009 E.5.2).

E. 3.2

Die Kläger legen überzeugend dar, dass ihnen der Tod der Tochter beziehungsweise der Schwester grossen und über längere Zeit anhaltenden psychischen Schmerz verursacht hat. Nach der glaubhaften Darlegung in den Rechtsschriften hatten sowohl die Mutter als auch die Geschwister eine sehr enge und intensive Beziehung zu der Verstorbenen. Dies hatte auch damit zu tun, dass die Verstorbene gewisse Beeinträchtigungen hatte und in ihrem Alltag auf Hilfe angewiesen war. Sie lebte im Alter von 44 Jahren noch immer mit ihrer Mutter zusammen und war an einem geschützten Arbeitsplatz in der MM._____ tätig (Beklagte Beilage [BB] 1 S. 3). Die Schwester und der Bruder unterstützten die Mutter bei der Betreuung der Verstorbenen und pflegten einen intensiven Kontakt zu ihr. Die Hilfsbedürftigkeit der Verstorbenen hatte zur Folge, dass die Geschwister auch im Erwachsenenalter enger mit ihr verbunden blieben, als wenn die Verstorbene in ihrer Lebensführung selbständig und unabhängig gewesen wäre. Es ist deshalb anzunehmen, dass der Verlustschmerz der Geschwister im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung aussergewöhnlich gross war. Die Voraussetzung einer schweren Persönlichkeitsverletzung

ist somit in Bezug auf alle drei Kläger erfüllt. 4. Geprüft wird nun, ob die Ärzte des Spitals F._____ bei der Behandlung von E._____ am 15./16. Februar 2013 widerrechtlich gehandelt haben.

E. 4

Privatgutachterliche Stellungnahmen von Dr. med. G._____ ergaben, dass die ärztliche und pflegerische Betreuung von E._____ ungenügend erschienen, die Diagnosen nicht leger artis erstellt worden seien, die Triage von einer Pflegeperson anstatt von ärztlichem Personal vorgenommen worden sei, wodurch die Diagnose verzögert und damit wertvolle Zeit verstrichen sei und die Mortalitätsrate von adäquat behandelten Patienten mit einer gesicherten Diagnose der nekrotisierenden Faszitis bloss 25% betrage.

- 4 -

E. 4.1

Im Bereich der Staatshaftung gilt eine Schadenszufügung als widerrechtlich, wenn die dienstliche Tätigkeit gegen Gebote oder Verbote verstösst, die dem

- 16 - Schutz des verletzten Rechtsguts dienen (BGE 132 II 449 E.3.2, Urteil des Bundesgerichts 2C_816/2017 vom 8. Juni 2018 E.3.3). Wird ein Patient bei einer Heilbehandlung in einem öffentlichen Spital in seiner körperlichen Integrität verletzt oder verliert er sein Leben, so ergibt sich die Widerrechtlichkeit aus der Pflicht von Gesundheitsfachpersonen, ihren Beruf sorgfältig und gewissenhaft auszuführen (Art. 37 des kantonalen Gesundheitsgesetzes; BR 500.000) und subsidiär aus dem Verbot der Körperverletzung (Art. 122 ff. des Strafgesetzbuches [StGB; SR 311.0]) und der Tötung (Art. 117 StGB; BGE 120 Ib 411 E.4a). Das Gemeinwesen kann auch für einen durch Unterlassung entstandenen Schaden haften. Die Haftung für eine Unterlassung setzt voraus, dass eine Pflicht zum Handeln bestanden hat. Die Widerrechtlichkeit einer Unterlassung setzt damit eine Garantenpflicht für den Geschädigten voraus (BGE 132 II 305 E. 4.1). Ärzte in einem öffentlichen Spital haben gegenüber ihren Patienten immer eine Garantenstellung aufgrund des Behandlungsvertrages zwischen dem Spital und den Patienten (BGE 116 II 519 E.3d/bb). Das Handeln der Ärzte ist zum einen dann widerrechtlich, wenn sie von den Patienten keine aufgeklärte Einwilligung für die Behandlung einholen (BGE 117 Ib 197 E.2a, 108 II 59 E.3). Widerrechtlich ist das Handeln zum anderen dann, wenn die Ärzte durch einen Behandlungsfehler ihre ärztliche Sorgfaltspflicht verletzen (BGE 123 II 577 E.4d/ee, Urteil des Bundesgerichts 4A_453/2014 vom 23. Februar 2015 E.5).

E. 4.2

Die Anforderungen an die ärztliche Sorgfaltspflicht lassen sich nicht allgemeingültig festlegen. Sie richten sich nach den Umständen des Einzelfalles, namentlich nach der Art des Eingriffs oder der Behandlung, den damit verbundenen Risiken, dem Ermessensspielraum, den Mitteln und der Zeit, die den Ärzten zur Verfügung steht, sowie nach Ausbildung und Leistungsfähigkeit, die objektiv von ihnen zu erwarten sind. Ärzte haben ihre Patienten stets fachgerecht nach dem derzeitigen Stand der ärztlichen Wissenschaft zu behandeln, zum Schutz des Lebens oder der Gesundheit die nach den Umstän-

- 17 - den gebotene und zumutbare Sorgfalt aufzuwenden und grundsätzlich für jede Pflichtverletzung einzustehen. Dabei schulden die Ärzte den Patienten aber nicht die

Wiederherstellung der Gesundheit, sondern lediglich eine darauf ausgerichtete Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst (BGE 133 III 121 E.3.1, 120 II 248 E.2c, 116 II 519 E.3a). Dies gilt sowohl für die Ärzte in öffentlichen Spitälern als auch für die von den Patienten beauftragten privatwirtschaftlich tätigen Ärzte (BGE 120 Ib 411 E.4a). Der Begriff der Sorgfaltspflichtverletzung darf jedoch nach der Rechtsprechung nicht so verstanden werden, dass darunter jede Massnahme fällt, welche aus nachträglicher Betrachtungsweise den Schaden vermieden hätte. Der Arzt hat für jene Gefahren und Risiken nicht einzustehen, die immanent mit jeder ärztlichen Handlung und auch mit der Krankheit an sich verbunden sind. Es ist mit anderen Worten zu berücksichtigen, dass der Arzt eine gefahreneigete Tätigkeit ausübt. Dem Arzt ist sowohl in der Diagnose wie in der Bestimmung therapeutischer oder anderer Massnahmen nach dem objektiven Wissensstand oftmals ein Entscheidungsspielraum gegeben, welcher eine Auswahl unter verschiedenen in Betracht fallenden Möglichkeiten zulässt. Sich für das eine oder das andere zu entscheiden, fällt in das pflichtgemässe Ermessen des Arztes, ohne dass er zur Verantwortung gezogen werden könnte, wenn er bei einer Beurteilung ex post nicht die objektiv beste Lösung gefunden hat. Eine Pflichtverletzung ist daher nur dort gegeben, wo eine Diagnose, eine Therapie oder ein sonstiges ärztliches Vorgehen nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und damit ausserhalb der objektivierten ärztlichen Kunst steht (Urteil des Bundesgerichts 4A_48/2010 vom 9. Juli 2010 E.6.1). In Notfällen und bei heiklen Diagnosen ergibt sich schon aus der Natur des Auftrages, dass der Haftung eher enge Grenzen gesetzt sind (BGE 130 IV 7 E.4.3, 113 II 429 E.3a). Mehrdeutige Krankheitsbilder muss der Arzt durch die ihm zur Verfügung stehenden Mittel aufklären. Er handelt unsorgfältig, wenn sich sein Vorgehen nicht nach den durch die medizinische Wissenschaft aufgestellten und generell anerkannten

- 18 - Regeln richtet und dem jeweiligen Stand der Wissenschaft nicht entspricht (BGE 130 IV 7 E.3.3).

E. 4.3

Die Beweislast für eine Verletzung der Regeln der ärztlichen Kunst liegt bei den Personen, welche Schadenersatz oder Genugtuung geltend machen (BGE 133 III 121 E.3.1). Nach dem bundesrechtlichen Regelbeweismass gilt ein Beweis als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Ausnahmen von diesem Regelbeweismass der vollen Überzeugung sind unter gewissen Umständen möglich (BGE 140 III 610 E.4.1). Im vorliegenden Fall sind die Kläger der Ansicht, das Regelbeweismass der vollen Überzeugung sei herabzusetzen, weil die Dokumentation der Behandlung von E._____ ungenügend sei. Dem kann aus den nachfolgend dargelegten Gründen nicht gefolgt werden.

E. 4.3.1

Die Kläger machen zu Recht geltend, dass bei fehlender oder mangelhafter Dokumentation das Beweismass herabzusetzen ist (BGE 141 III 363 E.5.2, Urteil des Bundesgerichts 4A_48/2010 vom 9. Juli 2010 E.7.5.1). Die Frage, wann eine Dokumentation als mangelhaft gilt, bestimmt sich nach dem Gesetz und nach der Rechtsprechung. So verpflichtet Art. 29 des kantonalen Gesundheitsgesetzes Gesundheitsfachpersonen und Betriebe des Gesundheitswesens, von jeder Patientin und jedem Patienten eine laufend nachzuführende schriftliche oder elektronische Dokumentation anzulegen. Dabei müssen die Personen, welche die Einträge veranlasst beziehungsweise vorgenommen haben,

unmittelbar ersichtlich sein. Weitere Angaben über den Inhalt einer Patientendokumentation enthält das Gesundheitsgesetz nicht. Nach der Rechtsprechung ist zu dokumentieren, was aus medizinischen Gründen zur Erfüllung des Behandlungsauftrags notwendig und üblich ist (BGE 141 III 363 E.5.3). Die Dokumentation soll die korrekte Behandlung sicherstellen, insbesondere bei der Behandlung durch mehrere Personen oder bei Arztwechsel. Dabei sind nur erhebliche Tatsachen zu vermerken,

- 19 - medizinische Selbstverständlichkeiten und reine Routinemassnahmen müssten nicht festgehalten werden. Zwar stellt die Dokumentation bei der juristischen Aufarbeitung ein Beweismittel dar, ihr Zweck besteht aber nicht darin, dem Patienten die Beweisführung zu sichern (BGE 141 III 363 E.5.1).

E. 4.3.2

Vorliegend fiel die Behandlung von E._____ in eine Phase, in welcher am Spital F._____ das System für die Erfassung der Patientendaten uneinheitlich war. Während das Pflegepersonal der Notfallstation auf einem Papierformular handschriftlich protokollierte (KB 5/10), gaben die Ärzte ihre Angaben ins KIS ein (Dossier Medizin, KB 36 S. 15 ff.; Dossier Chirurgie, KB 36 S. 2 ff.; Dossier Anästhesie, KB 36 S. 9). Dabei gaben die Anästhesisten aber nicht alle Daten ins KIS ein, sondern hielten die Prämedikation und den Anästhesieverlauf noch handschriftlich auf einem Papierformular fest (KB 5/7 und 5/8). Das KIS wiederum war so programmiert, dass gewisse Daten in automatisch generierten Berichten ausgedruckt werden konnten, dass andere Daten hingegen nur im System einsehbar waren (Protokoll der Staatsanwaltschaft zum Augenschein vom 26. April 2018, KB 35 S. 1). Damit war die Ausgangslage dafür, eine Akte mit allen Bestandteilen der Dokumentation zusammenzustellen, ungünstig und komplex. Hinzu kam, dass die für die Herausgabe der Patientenakten verantwortliche Stabsstelle Haftpflicht/Beschwerden damals wie bereits erwähnt noch keinen eigenen Zugang zu KIS hatte. So kam es, dass diejenigen Daten, die nicht aus dem KIS ausgedruckt werden konnten (nachfolgend: KIS-Dokumentation), den Klägern versehentlich nicht herausgegeben wurden (vgl. vorne E.1.5). Bei Einreichung der Klage verfügten die Kläger deshalb nicht über die vollständige Dokumentation, sondern nur über das Einweisungszeugnis des Notarztes Dr. med. M._____ (KB 5/1), das Verlaufsblatt des Spitals F._____ zu den Wundsprechstunden zum Ulcus am rechten Unterschenkel im Jahr 2010 (KB 5/2), das Formular «Aufklärungsprotokoll/Operationseinwilligung» (KB 5/3), das Formular «Anästhesie-Patientenaufklärung und -einwilligung» (KB 5/4), die

- 20 - präoperative Checkliste (KB 5/5), den Operationsbericht von Dr. med. N._____ (KB 5/6), das Formular «Prämedikation» (KB 5/7), das Formular «Anästhesieverlauf» (KB 5/8), das EKG (KB 5/9), das Protokoll der Triage (KB 5/10 S. 1), das Pflegeprotokoll (KB 5/10 S. 2 ff.), den Bericht an den Hausarzt (KB 5/11), den Bericht des Labors (KB 5/12), die Berichte zu CT, Duplexsonografie und Röntgen (KB 5/13) sowie den Histologiebericht (KB 5/14). Dass die Kläger die Dokumentation im damaligen Zustand als unvollständig und schwer nachvollziehbar rügten, ist verständlich. Unterdessen aber, da zusätzlich die KIS-Dokumentation bei den Akten ist, erweist sich die Patientendokumentation als vollständig. Sie gibt – wie in der nachfolgenden Erwägung aufgezeigt wird – Aufschluss über sämtliche erheblichen Aspekte, welche für die Behandlung der Patientin notwendig waren. Bezeichnenderweise kritisieren die Kläger die Dokumentation in ihrer Replik denn auch nur noch summarisch ohne auf konkrete Fakten hinzuweisen, die zu Unrecht nicht dokumentiert worden wären. Entgegen der Ansicht der Kläger ist somit bei der Prüfung der

Frage, ob den Ärzten des Spitals F._____ eine Sorgfalts- pflichtverletzung vorzuwerfen sei, nicht vom Regelbeweismass der vollen Überzeugung abzuweichen.

E. 4.4

Bevor untersucht werden kann, ob die Ärzte des Spitals F._____ ihre Sorg- faltspflichten verletzt haben, wird nachstehend im Detail geklärt, was sich im Zusammenhang mit der streitigen Behandlung von E._____ effektiv ereignet hat.

E. 4.4.1

E._____ litt seit dem Jahr 2006 an einer chronischen Wunde am rechten Un- terschenkel. Sie war deswegen in Behandlung bei ihrem Hausarzt Dr. med. O._____ und besuchte am 6. und 13. September 2010 die Wundsprech- stunde am Spital F._____ (Verlaufsblatt Wundsprechstunde Spital F._____, KB 5/2). Zudem litt sie an einer Adipositas per magna mit einem Körperge- wicht von ca. 130 kg bei einer Körpergrösse von 173 cm (Schreiben von Dr.

- 21 - med. O._____ vom 23. März 2015; KB 17), an Asthma bronchiale, Bluthoch- druck und Eisenmangel (Schreiben des Notarztes Dr. med. M._____ vom 15. Februar 2013; KB 5/1).

E. 4.4.2

Am 15. Februar 2013 nachmittags verspürte E._____ neben der bekannten Wunde am rechten Unterschenkel Schmerzen und stellte eine Schwellung, Überwärmung und Rötung fest (KIS-Ausdruck «Eintrittsbericht», KB 38 S. 16 f.; falsch ist der Eintrag im Pflegeprotokoll, wonach die Beschwerden bereits am 14. Februar 2013 begonnen hätten [KB 5/10 S. 1]). Zusammen mit ihrem Bruder suchte sie umgehend die Praxis P._____ auf, ein Bericht dazu findet sich nicht in den Akten. Am Abend verschlechterte sich der Zustand von E._____. Um 21:20 Uhr rief die Mutter den Notfallarzt Dr. med. M._____ her- bei. Dieser diagnostizierte neben den bekannten chronischen Erkrankungen einen viralen Infekt der oberen Luftwege und ein Erysipel bei Status nach Ulcus cruris nach Unfall mit Rezidiven am rechten Bein und überwies E._____ ans Spital F._____ (KB 5/1).

E. 4.4.3

Die Ereignisse bei der Behandlung von E._____ im Spital F._____ am 15./16. Februar 2013 werden nachstehend der Übersichtlichkeit halber in tabellari- scher Form dargestellt. 23:15 Uhr E._____ traf um 23:15 Uhr zusammen mit ihrer Schwester auf der Zentralen Notfallstation des Spitals F._____ ein. Eine Pfl- gefachperson nahm die Triage mit Stufe 3 beziehungsweise NACA-Score III vor, was definitionsgemäss einer mittleren Dring- lichkeit beziehungsweise einer mässigen bis schweren aber nicht lebensbedrohlichen Situation entspricht (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 1; flexikon.doccheck.com/de/NACA-Score, zuletzt eingesehen am 28. Mai 2020). Als zuständige Pflegefachperson wurde «Q._____» ins Pflegeprotokoll eingetragen, als zuständi-

- 22 - ger Arzt «Dr. RR» (KB 5/10 S. 1). Gemäss Dienstplan entspricht das Kürzel «RR» dem Assistenzarzt Dr. med. R._____. Dieser war denn auch am 15. Februar 2013 für die Spätschicht von 16:00 bis 01:00 Uhr auf der Zentralen Notfallstation eingeteilt. Den Nachtdienst als Kaderärztin versah Dr. med. S._____ (Dienstplan, BB 3). 23.20 Uhr Bei der Erstversorgung durch die Pflege zeigte sich um 23:20 Uhr ein sehr tiefer Blutdruck von 76/49, ein erhöhter Puls von 102, eine Sauerstoffsättigung von 99 %, eine normale

Temperatur von 37.1 Grad und sehr starke Schmerzen von VAS 8-9 (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 1 und 2). Ca. 23.30 Uhr Setzen eines peripheren Venenkatheters (Venflon); Oberärztin Dr. med. S._____ nahm eine erste Blutabnahme vor. Aufgrund der schwierigen Venenverhältnisse konnte sie nur eine geringe Menge Blut abnehmen. Dieses wurde zur Untersuchung ans Labor gesandt (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 1, Klageantwort S. 5). Der Auftrag von Dr. med. S._____ ans Labor ist nicht dokumentiert, im Februar 2013 konnten Laboraufträge noch nicht über das KIS erfasst werden (Protokoll des staatsanwaltschaftlichen Augenscheins, KB 35 S. 2). Der sehr tiefe Blutdruck wurde mit einer Infusion von 1000 ml NaCl-Lösung behandelt (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 2). Diese Infusion dauerte etwa 15 Minuten

(www.msmanuals.com/de/profi/intensivmedizin/schock-und-

[volumenersatz/intravenoer-fluessigkeitsersatz](http://www.msmanuals.com/de/profi/intensivmedizin/schock-und-volumenersatz/intravenoer-fluessigkeitsersatz), zuletzt eingesehen am 28. Mai 2020).

23:58 Uhr Um 23:58 Uhr schickte das Labor die Werte des Blutstatus und die Ergebnisse des Differentialblutbilds (KIS-Screenshot «Laborwerte», KB 36 S. 26 und KIS-Ausdruck «Laborresultate» BB 1 S. 5). Dabei lag der Wert für die Leukozyten mit 8.6 im Normbereich (3.5 – 10.0), gab mithin keinen Hinweis auf eine Infektionskrank-

- 23 - heit (flexikon.doccheck.com/de/Leukozytose, zuletzt eingesehen am 28. Mai 2020).

Der Wert für die Neutrophilen hingegen lag bei 95.6 % (Norm 55 – 70 %), deutete also auf eine bakterielle Infektion beziehungsweise eine Sepsis hin (flexikon.doccheck.com/de/Neutrophilie, zuletzt eingesehen am 28. Mai 2020; Stellungnahme Dres.

med. T._____/U._____, KB 18 S. 1). Das Labor teilte mit, die Gerinnungsanalysen und die Chemie-Analysen seien aus dem Untersuchungsmaterial nicht möglich gewesen

(KIS-Ausdruck «Laborresultate», BB 1 S. 7). Aus dem Ablauf lässt sich schliessen, dass in der Folge ein zweites Mal Blut abgenommen wurde, so dass die Ergebnisse der Gerinnungs- und Chemie-Analysen dann um 01:48 Uhr vorlagen (KIS-Screenshot «Laborwerte», KB 36 S. 26 und 27).

00:00 Uhr Um 00:00 Uhr wurde E._____ 1 g des Schmerzmittels Perfalgan in einer Kurzinfusion von 100 ml verabreicht (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 2). Ca. 00:00 Uhr Um zirka 00:00 Uhr machte Dr. med. R._____ eine klinische Eintrittsuntersuchung. Der Zeitpunkt lässt sich einerseits aus dem vorhergehenden Ablauf schliessen und andererseits daraus, dass Dr. med. R._____ um 00:14 Uhr eine elektronische Krankenakte für E._____ im KIS eröffnete und darin die Ergebnisse seiner Eintrittsuntersuchung festhielt (KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 15 ff.).

00:14 Uhr Um 00:14 Uhr machte Dr. med. R._____ die ersten Einträge im elektronischen Dossier der Abteilung Medizin. Unter «Jetziges Leiden» gab er an: «Frau E._____ berichtet, dass sie heute Nachmittag plötzlich Schmerzen, eine Überwärmung und Rötung am rechten Unterschenkel neben der bekannten Wunde bemerkt habe. Zudem habe sie heute auch etwas Mühe beim Atmen» (KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 15). Dr. med. R._____ trug

- 24 - die Ergebnisse der persönlichen Anamnese ein und erwähnte in der Rubrik «Weitere Risikofaktoren» eine Körpergrösse von 175 cm aber versehentlich kein Gewicht (was dazu führte, dass die Patientin in den automatisch generierten KIS-Berichten als untergewichtig mit Gewicht 0 kg beschrieben wurde; KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 15; KIS-Ausdruck «Eintrittsbericht», KB 38 S. 17). Dr. med. R._____ machte Einträge zur Familien-, Sozial- und Berufs-/Reiseanamnese und zur Medikation bei Eintritt (KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 16). Er erfasste die Symptome Dyspnoe (Kurzatmigkeit), arterielle Hypertonie, Diarrhoe seit einigen Tagen und beschrieb das

trug

- 24 - die Ergebnisse der persönlichen Anamnese ein und erwähnte in der Rubrik «Weitere Risikofaktoren» eine Körpergrösse von 175 cm aber versehentlich kein Gewicht (was dazu führte, dass die Patientin in den automatisch generierten KIS-Berichten als untergewichtig mit Gewicht 0 kg beschrieben wurde; KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 15; KIS-Ausdruck «Eintrittsbericht», KB 38 S. 17). Dr. med. R._____ machte Einträge zur Familien-, Sozial- und Berufs-/Reiseanamnese und zur Medikation bei Eintritt (KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 16). Er erfasste die Symptome Dyspnoe (Kurzatmigkeit), arterielle Hypertonie, Diarrhoe seit einigen Tagen und beschrieb das

trug

trug

trug

- 24 - die Ergebnisse der persönlichen Anamnese ein und erwähnte in der Rubrik «Weitere Risikofaktoren» eine Körpergrösse von 175 cm aber versehentlich kein Gewicht (was dazu führte, dass die Patientin in den automatisch generierten KIS-Berichten als untergewichtig mit Gewicht 0 kg beschrieben wurde; KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 15; KIS-Ausdruck «Eintrittsbericht», KB 38 S. 17). Dr. med. R._____ machte Einträge zur Familien-, Sozial- und Berufs-/Reiseanamnese und zur Medikation bei Eintritt (KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 16). Er erfasste die Symptome Dyspnoe (Kurzatmigkeit), arterielle Hypertonie, Diarrhoe seit einigen Tagen und beschrieb das

trug

trug

trug

trug

chronische Ulcus am Unterschenkel rechts. Den Status umschrieb er mit einem reduzierten Allgemeinzustand, einer Körpertemperatur von 37.1 Grad, einer offenen Wunde am rechten Unterschenkel, einer rot-bläulich-lividen Verfärbung des Unterschenkels und ansonsten als unauffällig (KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 16). Den Blutdruck gab er mit 142/84 an. Der bei Eintritt sehr tiefe Blutdruck war mithin nach der Volumengabe bereits wieder leicht erhöht. Den Puls gab Dr. med. R._____ mit «102/regelmässig» an, die Herztöne als rein. Er notierte weiter eine Tachypnoe (überhöhte Atemfrequenz), ein pectoral obstruktives Atemgeräusch, eine adipöse Bauchdecke, keine Resistenz und Druckdolenz des Abdomens, normale Darmgeräusche, unauffällige Nierenloggen, eine unauffällige Wirbelsäule, unauffällige Hirnnerven, einen unauffälligen Vibrationssinn, keinen Tremor sowie eine unauffällige Motorik und Kraft (KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 17). 00:30 Uhr Um 00:30 Uhr erhielt E._____ wegen Übelkeit eine Ampulle Primperan. Der Puls lag zu diesem Zeitpunkt bei 78, die Sauerstoffsättigung bei 96 % (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 2).

- 25 - 00:45 Uhr Um 00:45 Uhr lag der Puls bei 99 und die Sauerstoffsättigung bei 93 %. Das Pflegeprotokoll gibt für diesen Zeitpunkt Durchfall an (KB 5/10 S. 2). 00:55 Uhr Um 00:55 Uhr ergab die Blutdruckmessung nach wie vor einen leicht erhöhten Wert von 142/97, der Puls lag bei 86, die Atemfrequenz bei 32, der Schmerz war auf 7/8 VAS zurückgegangen. Es wurde eine Ampulle des Schmerzmittels Minalgin in einer Kurzinfusion (100 ml) verabreicht (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 2). 01:15 Uhr Um 01:15 Uhr wurde E._____ das Asthma Medikament Dospir zur Inhalation verabreicht (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 2; KIS-Screenshot «Dossier Medizin», KB 36 S. 18). 01:40 Uhr Um 01:40 Uhr lag der Puls bei 103, die Sauerstoffsättigung bei 99 %, die Schmerzen waren weiter zurückgegangen auf VAS 6 und es wurde das Beruhigungsmittel Temesta Expidet verabreicht. Die Patientin wurde als «unruhig» beschrieben (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 2). 01:42 Uhr Um 01:42 Uhr schickte das Labor die Werte der Blutchemie und der Gerinnungsanalysen (KIS-Screenshot «Laborwerte», KB 36 S. 26 ff.; KIS-Ausdruck «Laborresultate», BB 1 S. 5 f.). Dabei wichen fast alle Werte von der Norm ab, am eindrücklichsten Kreatinin (248; Norm 6 -115), Bilirubin (49.4; Norm 3.4-17), C-reaktives Protein (239; Norm < 5) und Quick (25; Norm 80-127). Diese Werte zeigten auf, dass E._____ an einer fortgeschrittenen Sepsis litt, deren Ursache kaum ein Erysipel sein konnte (Stellungnahme Dres. med. T._____/U._____, KB 18 S. 1; Gutachten Dr. med. H._____, KB 14 S. 12). Die Notfallärzte entschieden sich deshalb, ein chirurgisches Konsil einzuberufen. In der Folge wurde zu einem nicht genau bekannten Zeitpunkt Blut für eine Blutgasanalyse abgenommen, deren Ergebnisse dann um 02:43 Uhr eintrafen.

- 26 - 01:47 Uhr Um 01:47 Uhr meldete Dr. med. R._____ über das KIS eine Duplexsonografie an, um zu prüfen, ob die Beschwerden am rechten Unterschenkel von einer tiefen Venenthrombose herrührten (KIS-Screenshot «Verlauf Auftragsmanagement/Radiologie», KB 36 S. 24). 01:54 Uhr Um 01:54 Uhr begann Dr. med. R._____ im KIS mit den Einträgen zum Eintritt. In der Rubrik «Beurteilung» gab er an: «Bei Eintritt ist die 44-jährige Patientin in reduziertem Allgemeinzustand. Es fällt eine offene Wunde am rechten Unterschenkel auf, sowie eine rötlich-blau-livide Verfärbung am Unterschenkel rechts, welche eingezeichnet wurde» (KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 18). Zum «Prozedere» gab er an «Labor, Sono Bein rechts» (KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 20). 02:07 Uhr Von 02:07 bis 02:32 Uhr wurde die Duplexsonografie des rechten Unterschenkels durchgeführt (KIS-Screenshot «Verlauf Auf-

tragsmanagement/Radiologie», KB 36 S. 22 ff.). Es zeigten sich keine Hinweise auf eine tiefe Venenthrombose und ein ödematös aufgetriebener sehr schmerzhafter Unterschenkel ohne konklusive Beurteilbarkeit (Bericht Radiologie, KB 5/13 S. 2). 02:30 Uhr Um 02:30 Uhr ergab die Blutdruckmessung nur noch den tiefen Wert von 84/47, der Puls lag bei 102, die Atemfrequenz bei 32, die Sauerstoffsättigung bei 95 % und es wurde eine weitere Infusion mit 1000 ml NaCl-Lösung gemacht (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 2). Ca. 02:30 Uhr Um zirka 02:30 Uhr begann das chirurgische Konsil (Operationsbericht von Dr. med. N._____, KB 5/6). Als Ergebnis des Konsils wurden in der Folge weitere Untersuchungen zur Abklärung des Infektfokus gemacht (Röntgen Thorax, CT Abdomen/Bein). 02:43 Uhr Um 02:43 Uhr teilte das Labor die Ergebnisse der Blutgasuntersuchung mit (KIS-Screenshot «Laborwerte», KB 36 S. 27, KIS-

- 27 - Ausdruck «Laborresultate», BB 1 S. 6). Die Werte waren höchst alarmierend, insbesondere das Laktat von 9.6 bei einem Normalwert von 0.5 bis 1.6 deutete auf eine fulminante Sepsis mit beginnendem Organversagen hin (Stellungnahme Dres. med. T._____/U._____, KB 18 S. 1). 02:50 Uhr Um 02:50 Uhr meldete Dr. med. R._____ die Patientin für eine Röntgenaufnahme des Thorax an. Die Patientin wurde in die Radiologie verlegt und um 02:59 Uhr war die Röntgenaufnahme fertig (KIS-Screenshot «Verlauf Auftragsmanagement/Radiologie», KB 36 S. 25). Es zeigte sich eine Struma mit Trachealverlagerung nach rechts, eine verminderte Inspirationstiefe, eine normale Herzgrösse, kardial kompensiert. Es lag kein Hinweis auf pneumonische Infiltrate vor, auch keine Pleuraergüsse (Bericht Radiologie, KB 5/13 S. 3). 03:07 Uhr Um 03:07 Uhr meldete Dr. med. R._____ ein CT von Thorax/Abdomen/Becken und ein CT Angio der unteren Extremitäten an. Die Ärzte hatten sich hierfür entschieden, weil der Herd der Sepsis nicht klar war, da neben der Problematik am rechten Unterschenkel eine massive Druckdolenz über dem Abdomen und bei allen vier Quadranten Peritonismus vorlag (KIS-Screenshot «Verlauf Auftragsmanagement/Radiologie», KB 36 S. 23; Operationsbericht, 5/6 S. 1). 03:10 Uhr Um 03.10 Uhr wurde Blut für die Blutkulturen abgenommen (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 2, Stellungnahme Dres. med. V._____/W._____ S. 3). Ca. 03:10 Uhr Zu einem unklaren Zeitpunkt zwischen 02:59 und 03:15 Uhr ergänzte Dr. med. R._____ im KIS in der Rubrik «Beurteilung»: «Die Duplexsonografie war wegen Ödem und Fettgewebe nicht aussagekräftig betreffend Thrombose. Die Patientin verschlechterte sich auf der Notfallstation zunehmend. Im Labor haben wir

- 28 - Hinweise auf eine Sepsis mit Multiorganversagen. Im Rx Thorax (Röntgenbild des Brustkorbs) ist kein Infiltrat (Gewebeverdichtung als Folge eines Entzündungsgeschehens) abgrenzbar. Bei weiterhin unklarer Situation führen wir ein CT vom Thorax bis zu den Füßen durch, wobei ...» (KIS Screenshot «Medizin», KB 36 S. 18). Nach diesem Eintrag wurden im Dossier Medizin keine weiteren Einträge mehr gemacht und der Eintrittsbericht blieb unfertig (KB 36 S. 18). 03:15 Uhr Für 03:15 Uhr zeigte die Überwachung einen Puls von 98, eine Atemfrequenz von 24 und eine Sauerstoffsättigung von 95 %. Im Protokoll wurde zudem vermerkt «Bett rein und raus» (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 2). Damit war die Verlegung der Patientin zum Röntgen und zum CT gemeint, da die radiologischen Aufnahmen nicht auf der Zentralen Notfallstation, sondern in der Radiologie gemacht werden mussten. 03:15 Uhr Von 03:15 bis 03:48 Uhr wurden die CT Aufnahmen gemacht (KIS-Screenshot «Verlauf Auftragsmanagement/Radiologie», KB 36 S. 23). Es wurden im Wesentlichen deutliche Veränderungen des geschwollenen rechten Unterschenkels festgestellt mit Hautverdickung, grossflächiger zirkulärer

Fettgewebsimbibie- rung (Durchtränkung mit Flüssigkeit), Flüssigkeitsstrassen medioventral ohne Luft im Weichteil. Dieser Befund wurde vor dem Hintergrund der sich schnell verschlechternden Klinik möglicher- weise als nekrotisierende Faszii- tis am rechten Unterschenkel be- urteilt. Ein Infektfokus thorakal und abdominal fand sich nicht (Bericht Radiologie, KB 5/13 S. 1). Aufgrund dieses Befundes wurde die notfallmässige Indikation zur Operation am rechten Unterschenkel gestellt (Operationsbericht, KB 5/6 S. 1).

- 29 - 03:30 Uhr Um 03:30 Uhr, das heisst noch während der Aufnahme des CT, wurden 2 g des Antibiotikums Rocephin in Kurzinfusion (100 ml) verabreicht (KB 5/10 S. 2). Ca. 03:50 Uhr Zu einem unklaren Zeitpunkt zwischen 03:42 und 04:25 Uhr wurde die Patientin von Dr. med. N._____ über die Operation aufgeklärt (KIS-Screenshot «Chirurgie», KB 36 S. 7). Sie willigte ein, indem sie das Formular für die Operationseinwilligung unterschrieb. In diesem Formular war als Diagnose eingetragen «Ver- dacht auf Infektfokus Unterschenkel rechts, Differentialdiagno- sen Erysipel, Faszii- tis (KB 5/3). Von Dr. med. Y._____, dem ver- antwortlichen Anästhesisten, wurde die Patientin über die ge- planten Anästhesiemaassnahmen und deren Risiken informiert (Stellungnahme Dr. med. Y._____, BB 6 S. 1; Formular Anäthe- sie-Patientenaufklärung, KB 5/4). Dr. med. Z._____ informierte zudem die Mutter der Patientin über die kritische Situation und den geplanten Eingriff (KIS-Screenshot «Chirurgie», KB 36 S. 7; Operationsbericht, KB 5/6). 03:50 Uhr Um 03:50 Uhr zeigte die Überwachung einen Puls von 107, eine Atemfrequenz von 32, eine Sauerstoffsättigung von 97 % sowie «Durchfall, schwere und schnelle Atmung» (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 3). 04:10 Uhr Um 04:10 Uhr wurde ein Puls von 102 notiert, eine Sauerstoffsät- tigung von 95 % und es wurden 900 mg des Antibiotikums Dala- cin in einer Kurzinfusion (100 ml) verabreicht (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 3). 04.13 Uhr Um 04:13 Uhr erfasste Dr. med. GG._____ den Fall im elektro- nischen Dossier der Abteilung Chirurgie (KIS-Screenshot «Chir- urgie», KB 36 S. 2 ff.). Er wurde folgender Lokalbefund umschrie- ben: «Offene Wunde rechter lateraler Unterschenkel, keine Schmerzen bei Dorsalex- tension, Fuss warm, Fusspulse fraglich,

- 30 - Sensibilität unauffällig, Motorik unauffällig, Wade nicht gespannt, Unterschenkel im Vergleich zur Gegenseite deutlich geschwol- len, nicht überwärmt, rot-bläulich-livide Verfärbung Unterschen- kel rechts (eingezeichnet), ohne Blasenbildung» (KIS-Screen- shot «Chirurgie», KB 36 S. 5). 04:20 Uhr Um 04:20 Uhr schickte das Labor die Resultate der Blutkultur. Es gab kein aerobes und auch kein anaerobes Wachstum (KIS- Ausdruck «Laborresultate, KB 38 S. 5 und 7). 04:23 Uhr Um 04:23 Uhr wurde ein EKG gemacht, welches eine Sinusta- chykardie bei einem Puls von 103 zeigte (EKG-Ausdruck, KB 5/9). 04:25 Uhr Um 04:25 Uhr trug Dr. med. GG._____ die Aufklärungsmassnah- men als erledigt ins KIS ein (KIS-Screenshot «Chirurgie», KB 36 S. 7). 04:30 Uhr Um 04:30 Uhr erfolgte die Prämedikation durch die Anästhesie (Protokoll Prämedikation, KB 5/7). 04:40 Uhr Um 04:40 Uhr begann die eigentliche Anästhesie (KIS-Screen- shot «Dokumentation Anästhesie», KB 36 S. 9, Protokoll Anäs- thesieverlauf, KB 5/8). 04:50 Uhr Um 04:50 Uhr wurde die Patientin intubiert. Dabei erlitt sie einen Herzstillstand. Von 04:55 bis 05:10 Uhr wurde sie mechanisch und medikamentös reanimiert (Operationsbericht, KB 5/6, Proto- koll Anästhesieverlauf, KB 5/8; KIS-Screenshot «Dokumentation Anästhesie», KB 36 S. 9). 05:10 Uhr Ab 05:10 Uhr versuchten die Ärzte eine zentrale Leitung subcla- via (im Bereich unter dem Schlüsselbein) und jugulär (vorne-un- ten am Hals) zu legen. Dies gelang wegen den schwierigen Ve- nenverhältnissen der Patientin nicht. Darauf legten die Ärzte operativ Blutgefässe inguinal (im Leistenbereich) links frei und legten dort gegen

06:20 Uhr einen arteriellen und einen venösen

- 31 - Katheter ein (Operationsbericht, KB 5/6; Stellungnahme der Dres. med. Y._____/HH._____, BB 6 S. 2). 06:17 Uhr Um 06:17 Uhr gingen die Ergebnisse der zweiten Blutgasanalyse ein (KIS-Screenshot «Laborwerte», KB 36 S. 27). 06:20 Uhr Um 06:20 Uhr begann die eigentliche Operation, eine Fasziektomie am Unterschenkel rechts (KIS-Screenshot «Chirurgie», KB 36 S. 9). Dr. med. N._____, entfernte die schmierigen nekrotischen Faszien über den gesamten Unterschenkel. Dabei verschlechterte sich der Zustand der Patientin zunehmend (Operationsbericht, KB 5/6). Dr. med. N._____, nahm telefonisch Rücksprache mit Dr. med. U._____, und diskutierte mit ihm die Amputation des gesamten rechten Beines. Bei jedoch schon präterminalem Zustand der Patientin entschied sich das Operationsteam, die Amputation nicht durchzuführen. Bei einem Schnitt in den Oberschenkel stellte das Team fest, dass auch dort die Faszien schmierig nekrotisch verändert waren. Das Team diskutierte die Situation und stellte die Operation ein (Operationsbericht, KB 5/6 S. 2; Stellungnahme Dres. med. T._____/U._____, KB 18 S. 3). 07:05 Uhr Um 07:05 Uhr starb die Patientin (Operationsbericht KB 5/6 S. 2).

E. 4.4.4

Auf Ersuchen der Kläger äusserten sich verschiedene Ärzte des Spitals F._____, zu den Ereignissen im Zusammenhang mit dem Tod von E._____. Sie alle waren zuvor vom Gesundheitsamt des Kantons Graubünden von ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbunden worden (BB C1). Diese ärztlichen Stellungnahmen helfen dabei, die in der vorstehenden Erwägung geklärten Sachverhaltselemente plastischer und im Zusammenhang zu verstehen. Sie werden nachfolgend in den wesentlichen Punkten zitiert. Bei der Würdigung dieser Aussagen ist zu beachten, dass die stellungnehmenden Ärzte an der Behandlung von E._____, direkt oder indirekt beteiligt waren und deshalb möglicherweise in ihrer Darstellung nicht ganz objektiv waren.

- 32 - Stellungnahme von Dr. med. T._____, Chefarzt Chirurgie, und Dr. med. U._____, Co-Chefarzt und Leiter Unfallchirurgie, vom 24. Juni 2013 (KB 18): (...) Es habe sich von Anfang an eine schwer kranke Patientin, schockiert mit einem erstmalig gemessenen Blutdruck von 76/49 und einer Pulsfrequenz von 102 gezeigt. Bei Rötung im Bereich des Unterschenkels und massiven Schmerzen sei die Diagnose eines lokalen Infektes in diesem Bereich gestellt worden. Dies habe primär durchaus als Erysipel diagnostiziert werden können, solange keine Hinweise für eine andere Weichteilinfektion bestanden hätten. Differentialdiagnostisch müsse immer an eine phlegmonöse (sich diffus ausbreitende), eitrige Entzündung im Bereich des Unterhautfettgewebes oder sogar auch an eine nekrotisierende Faszitis gedacht werden, auch wenn letztere Diagnose etwas sehr Seltenes darstelle und im Vergleich zum üblichen Erysipel vermutlich hundert Mal weniger oft auftrete. Schon die aufnehmenden Ärzte der Inneren Medizin hätten sofort diesen schweren Krankheitszustand festgestellt und hätten dies als Sepsis diagnostiziert, wobei differentialdiagnostisch an zwei Infektherde gedacht worden sei, einerseits an den rechten Unterschenkel als naheliegender Fokus, andererseits aber bei bestehenden abdominellen Schmerzen sowie Durchfall auch an einen abdominellen Fokus. Dieser septische Schock habe sich dann auch labormässig in den Blutuntersuchungen gezeigt mit einer massiven Linksverschiebung von fast 96 % bei den Neutrophilen (Norm bis 70 %), mit einem massiv erhöhten C-reaktiven Protein von 239 (Norm < 5) sowie insbesondere mit einem stark erhöhten Laktat von 9.6 (Norm bis 1.6). Dies seien höchst bedrohliche Werte gewesen, welche auf eine fulminante Sepsis mit beginnendem Organversagen hingedeutet

hätten. Ein Erysipel mache höchst selten so ein Zustandsbild, so dass eben schon früh differentialdiagnostisch an eine nekrotisierende Fasziiitis gedacht worden sei. Zum Ausschluss eines intraabdominellen Fokus, was aufgrund der massiven Adipositas klinisch nicht klar zu eruieren gewesen sei, habe das behandelnde Team entschieden, ein CT von Abdomen, Becken und Beinen zu machen. Das CT habe keinen Hinweis für einen abdominellen Infektherd aber dafür ausgedehnte entzündliche Veränderungen am rechten Bein gezeigt, die sich nicht nur auf die Haut und oberflächliche Unterhaut, sondern auch in der Tiefe im Bereich der Muskelfasziien dargestellt habe. Somit sei die Verdachtsdiagnose einer nekrotisierenden Fasziiitis gegeben gewesen und es sei notfallmässig eine Operation angemeldet worden. (...) Man könne bei der nekrotisierenden Fasziiitis nicht von einer zusätzlichen Organbelastung durch das operative Vorgehen sprechen, sondern gerade umgekehrt müsse eine Operation unverzüglich durchgeführt werden um überhaupt dem Patienten eine gewisse Überlebenschance zu geben. Bei der Patientin habe sich die am Unterschenkel begonnene nekrotisierende Fasziiitis aber schon zum Zeitpunkt der Diagnosestellung auf den Stamm übertagen, was sich an den massiven abdominellen Schmerzen auch geäussert habe. Diese Diagnose per se sei auch trotz bester und raschest möglicher Behandlung (immer ausgedehntes chirurgisches Débridement in Kombination mit intensivmedizinischen Massnahmen) mit einer ausgesprochen hohen Letalität von über 80 % verbunden. Kämen weitere ungünstige Faktoren dazu, wie sie bei dieser Patientin mit der ausgesprochenen Adipositas vorgelegen hätten, so bestehe praktisch keine Überlebenschance. Die Prognose sei noch umso schlechter zu stellen gewesen, da die Patientin trotz intensiver Narkosevorbereitung einen Kreislaufstillstand erlitten habe. Dieser Kreislaufstillstand per se sei im Kontext der Gesamtsituation retrospektiv nicht behandelbar gewesen. Selbstverständlich sei alles versucht worden, um die Patientin am Leben zu erhalten. Deshalb sei die Operation trotzdem gestartet worden und es seien die - 33 - nekrotischen Fasziien am gesamten Unterschenkel entfernt worden. Dr. med. N. _____ habe dann bei ihm (Dr. med. U. _____) nachgefragt, ob allenfalls eine Amputation des gesamten Beines indiziert wäre. Er habe aber entschieden, dies nicht zu tun, da dies seiner Meinung nach nichts am letalen Verlauf geändert hätte. Eine Exartikulation im Hüftgelenk bei einer per-/adipösen Patientin sei ein riesiger Eingriff, der entsprechend Zeit benötige und in dieser Situation ganz sicher nicht erfolgsversprechend gewesen wäre. Dies umso mehr, da die Fasziiitis zum damaligen Zeitpunkt mit höchster Wahrscheinlichkeit die Leistenregion nach abdominell bereits überschritten habe. Stellungnahme von Dr. med. V. _____, Leitender Arzt Notfallstation, und Dr. med. W. _____, Chefarzt und Ärztlicher Direktor Departement Innere Medizin, vom 9. Oktober 2013 (KB 20): Die Stellungnahme stütze sich auf die Krankengeschichte der Patientin und auf eine Befragung der direkt beteiligten Oberärztin. Bei Eintritt auf die Notfallstation habe sich der klinische Befund am rechten Bein nicht als typisch für ein Erysipel dargestellt. (...) Die klinische Einschätzung habe sich aufgrund der ausgeprägten Adipositas und des initial nicht richtungsweisenden Beschwerdebildes extrem schwierig gestaltet. Neben einem Weichteilinfekt mit Sepsis ausgehend vom rechten Bein habe die livide Verfärbung sowie die diffuse Schwellung eine tiefe Venenthrombose ebenfalls als Ursache der Schmerzen möglich erscheinen lassen und auch ein Infekt im Abdomen mit Sepsis sei möglich erschienen. (...) Die Blutentnahme beziehungsweise die Venen-Verhältnisse seien bei der Patientin sehr schwierig gewesen. Dies sei der Grund gewesen, dass einzelne Laborwerte zu unterschiedlichen Zeitpunkten abgenommen worden seien. Teilweise hätten mehrfach Versuche unternommen werden müssen, bis die Blutentnahme geklappt habe. Dies erkläre auch, dass bei Eintritt die

Hämatologie und ein venöser Zugang erfolgten, die Blutchemie und Gerinnung aber erst um 01:30 Uhr hätten abgenommen werden können und die arterielle Blutgasanalyse mit Säure-Basenkontrolle erst um 02:40 Uhr gelungen sei. (...) Es sei klar gewesen, dass eine Volumentherapie notwendig gewesen sei, diese sei auch vorgenommen worden. Wegen des bestehenden Durchfalls habe die Patientin in der ersten Phase des Notfallaufenthaltes mehrfach die Toilette aufsuchen müssen. (...) Der initial gemessene Blutdruck sei am ehesten als Fehlmessung interpretiert worden, dies aufgrund der sehr grossen Diskrepanz zwischen dem gemessenen Wert und einer zu diesem Zeitpunkt klinisch kreislaufstabilen und bezüglich Blutdruck asymptomatischen Patientin, welche sich wiederholt selbständig mobilisiert und auf entsprechendes Nachfragen auch keine Schwindelbeschwerden angegeben habe. Eine Kontrolle des Blutdrucks habe dann auch einen Wert von 142/84 mm/Hg bei unveränderter Tachykardie von 102 Schlägen pro Minute gezeigt. Der Kreislauf sei dann im ersten Verlauf auch stabil geblieben und auch die Herzfrequenz habe nicht stark variiert in einem Bereich von 78 bis 102 Schlägen pro Minute. Während dieser Zeit habe kein Schock-Zustand vorgelegen (per definitionem Blutdruck systolisch unter 100 mm/Hg und Puls über 100 Schlägen pro Minute). Eine akute Verschlechterung habe sich kurz vor 2:30 Uhr eingestellt. (...) Das chirurgische Konsil sei erst nach 3:15 Stunden einberufen worden, weil sich die klinische Einschätzung und Beurteilung der Gesamtsituation sehr schwierig gestaltet habe. Die nekrotisierende Faszitis sei eine sehr seltene Diagnose, welche sehr schwierig zu stellen sei. Zusätzlich habe auch die massive Adipositas eine sehr grosse Schwierigkeit in der Beurteilbarkeit des Abdomens und der Weichteile des rechten Beins dargestellt. Der Beizug des chirurgischen Oberarztes sei zu dem Zeit-

- 34 - punkt erfolgt, als sonografisch das tiefe Venensystem unauffällig und der Unterschenkel als ödematös verändert beurteilt worden sei. Leider sei der Verlauf der nekrotisierenden Faszitis fulminant gewesen. Im CT hätten sich im Bereich des Oberschenkels noch keine Auffälligkeiten gezeigt und intraoperativ habe sich die Faszitis bereits weit in den Oberschenkel und eventuell bis intraabdominell ausgebreitet. Stellungnahme von Dr. med. Y._____, stv. Leitender Arzt Anästhesie, und Dr. med. HH._____, Chef- arzt Anästhesie, vom 10. Oktober 2013 (BB 6): Der diensthabende chirurgische Kaderarzt Dr. med. N._____ habe das Anästhesieteam persönlich über die Befunde und den Eingriff mit der möglichen Ausdehnung orientiert. Es sei allen an der Behandlung der Patientin beteiligten Mitarbeitern bewusst gewesen, dass es sich um einen Hochrisikoeingriff an einer Patientin mit akuter vitaler Bedrohung gehandelt habe. (...) Patienten mit einer Sepsis würden als Hochrisikopatienten für eine Anästhesie- einleitung und -führung gelten, mit einem Herzkreislaufstillstand müsse jederzeit gerechnet werden. Dies sei dem Anästhesieteam bekannt gewesen, entsprechende Vorkehrungen seien getroffen worden und es seien alle Medikamente und Geräte vorhanden gewesen, um diesen Herzkreislaufstillstand schnellstmöglich erfolgreich zu therapieren.

E. 4.5

Nachdem der rechtserhebliche Sachverhalt festgestellt ist, kann nun geklärt werden, ob die Ärzte des Spitals F._____ bei E._____ durch einen Behandlungsfehler ihre ärztliche Sorgfaltspflicht verletzt haben. Zur Beurteilung der Frage, ob in einem konkreten Fall eine Sorgfaltspflichtverletzung vorliegt, sind die Gerichte auf medizinische Sachverständige angewiesen (BGE 113 II 429 E.3a). Im vorliegenden Fall stehen vier medizinische Beurteilungen mit unterschiedlichen Ergebnissen zur Verfügung: - Auf Veranlassung der Zürich Versicherung (als Haftpflichtversicherer des Spitals F._____) erstellte II._____, eine

«Spezialistin Medical Support» unter Beratung von Prof. Dr. med. KK._____, Chefarzt Innere Medizin an einem Kantonsspital, am 23. Dezember 2013 eine medizinische Beurteilung mit dem Ergebnis, dass die Behandlung korrekt erfolgt sei (BB 7). - Beauftragt von der Zürich Versicherung (als Haftpflichtversicherer des Spitals F._____) und von den Klägern erstellte Dr. med. H._____, FMH Chirurgie, FMH Allgemein- und Unfallchirurgie, am 2. Mai 2015 ein Gutachten mit dem Ergebnis, E._____ sei lege artis behandelt worden (KB 14).

- 35 - - Im Auftrag der Kläger wurde der Fall durch Prof. Dr. med. I._____, Direktor der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene am Universitätsspital X._____, beurteilt. In seinem Gutachten vom 27. Juni 2016 führte Prof. Dr. med. I._____ aus, die Verzögerung der Diagnosestellung, der Antibiotikagabe und der chirurgischen Sanierung habe die Überlebensrate beeinträchtigt. Die Zeitdauer von 3.25 Stunden Liegezeit auf der Notfallstation bis zur Durchführung eines chirurgischen Konsils sei nicht nachvollziehbar und die antibiotische Therapie hätte deutlich früher als erst 4 Stunden nach Notfalleintritt erfolgen sollen (KB 16). - Die Kläger liessen sich medizinisch beraten von Dr. med. G._____, FMH Chirurgie (und Anerkennung für Gefässchirurgie und Phlebologie in Deutschland). In ihrer ersten Beurteilung vom 18. September 2013 kritisierte Dr. med. G._____ die Stellungnahme der Dres. med. T._____/U._____ (KB 15/1). In ihrer zweiten Beurteilung vom 18. November 2013 äusserte sich Dr. med. G._____ zu den Stellungnahmen der Dres. med. V._____/W._____, Y._____/HH._____ und T._____/U._____. Sie kam zusammenfassend zum Schluss, die differentialdiagnostischen Abklärungen seien bei unklarer Diagnose nicht systematisch und zügig durchgeführt worden und die grundlegende Basisbehandlung wie ausreichende Volumengabe, engmaschige Kreislaufkontrolle, Labordiagnostik und Antibiotikagabe sei unterlassen worden. Dadurch sei die Patientin in einen lebensbedrohlichen Zustand gerutscht und es sei eine überstürzte Notoperation in die Wege geleitet worden, ohne dass die Organfunktionen gesichert gewesen seien (KB 15/2). Mit einer dritten Beurteilung vom 18. Januar 2016 stimmte Dr. med. G._____ der Beurteilung von Dr. med. LL._____ weitgehend zu, welcher den Fall am 5. Januar 2016 als Consiliarius für die Rechtsschutzversicherung beurteilt hatte und zum Schluss gekommen war, die Notfallbehandlung sei primär ohne ärztliche Kompetenz nur von einer Pflegefachfrau gemanagt worden, was erkläre, dass die auffälligen Befunde und Hinweise auf ein

- 36 - massives Schockgeschehen im Rahmen der Fasciitis necroticans nicht erkannt worden seien, obwohl bereits bei der Aufnahme deutliche Symptome vorhanden gewesen seien (KB 15/3). Mit einer vierten Beurteilung vom 22. November 2017 äusserte sich Dr. med. G._____ zu den medizinischen Ausführungen in der Klageantwort. Sie fasste ihre Ausführungen damit zusammen, dass E._____ stark verzögert einer Untersuchung, zielgerichteten Diagnostik und Therapie durch einen qualifizierten Arzt zugeführt worden sei, und dass diese Verzögerung bis zur ersten ärztlichen Beurteilung und ersten Antibiotikagabe den Krankheitsverlauf massgeblich negativ beeinflusst habe (KB 28).

E. 4.6

Kommen die Sachverständigen und die involvierten Fachleute - wie im vorliegenden Fall - nicht zum selben Ergebnis, so sind die Gutachten und Stellungnahmen auf ihren Beweiswert hin zu überprüfen. Das Gericht darf auf ein Gutachten nur dann abstellen, wenn es diesem mit guten Gründen vollen Beweiswert zuerkennt und wenn dieses Gutachten durch die abweichenden Beurteilungen nicht erschüttert wird. Gutachten unterliegen, wie

alle übrigen Beweismittel in einem verwaltungsgerichtlichen Verfahren, der freien Beweiswürdigung (Art. 21 VRG). Volle Beweiskraft ist einem Gutachten beizumessen, wenn es von einer qualifizierten Person in Kenntnis aller wesentlichen Sachverhaltselemente abgegeben wurde, wenn es in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und wenn es in den daraus gezogenen Schlussfolgerungen zu überzeugen vermag (BGE 134 V 231 E.5.1). Geht es wie vorliegend um die Frage einer ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzung, so ist entscheidend, dass der Gutachter das Vorgehen der Ärzte konsequent aus deren Perspektive zum damaligen Zeitpunkt beurteilt (ex ante). Dies ist deshalb entscheidend, weil sich nach der Rechtsprechung die Frage, ob dem Arzt eine Sorgfaltspflichtverletzung zur Last gelegt werden kann, nicht nach dem Sachverhalt beurteilt, wie er sich nachträglich dem Experten oder dem Richter darstellt; massgebend ist vielmehr, was der Arzt im Zeitpunkt, in dem er sich für eine Massnahme

- 37 - entschied oder eine solche unterliess, von der Sachlage halten musste (BGE 130 I 337 E.5.3). Misst ein Gutachter das Vorgehen eines Arztes in einer ex post Beurteilung an der objektiv besten Lösung, so vernachlässigt er, dass es in der Medizin oftmals Ermessensspielraum und schwierige Entscheidungssituationen aufgrund unklarer Ausgangslagen gibt. Ein Gutachter muss sich der Tendenz, die Vorhersehbarkeit eines Ereignisses im Nachhinein zu überschätzen (sog. Rückschaufehler), stets bewusst sein und versuchen, sich möglichst wenig vom tatsächlichen Ausgang der Ereignisse beeinflussen zu lassen (BGE 130 I 337 E.5.3; Urteil des Bundesgerichts 6B_365/2010 E.4.13.1). Bei einem Gutachter, welcher von beiden Parteien ausgewählt und instruiert wird, kann davon ausgegangen werden, dass er objektiv ist. Ein Privatgutachter hingegen hat den Anschein einer Befangenheit, weil ihn eine Partei nach ihren Kriterien auswählt, weil er zu dieser einen Partei in einem Vertrags- und Treueverhältnis steht und von ihr bezahlt wird (BGE 141 IV 369 E.6.2). Einem Privatgutachten kommt deshalb lediglich die Bedeutung einer der freien Beweiswürdigung unterliegenden Parteibehauptung zu, nicht die Qualität eines Beweismittels (BGE 141 IV 369 E.6.2).

E. 4.7

Vor dem Hintergrund der in der vorstehenden Erwägung dargelegten Beweiswürdigungsregeln kann dem Gutachten von Dr. med. H._____ volle Beweiskraft beigemessen werden. Dr. med. H._____ ist als Leiter der chirurgischen Notfallstation eines Universitätsspitals für die Beurteilung der sich stellenden Fragen bestens qualifiziert. Er kennt die Abläufe auf der Notfallstation eines grossen Schweizer Spitals und die Standards der sorgfältigen notfallmedizinischen Behandlung aus fundierter eigener Erfahrung. Von einer einwandfreien Qualifikation gingen denn auch beide Parteien aus, als sie Dr. med. H._____ gemeinsam als aussergerichtlichen Gutachter beauftragten. Das Gutachten von Dr. med. H._____ ist in Bezug auf die relevanten Fragen vollständig, nachvollziehbar und überzeugend. Dr. med. H._____ beurteilte die streitigen Ereignisse auf der Zentralen Notfallstation des Spitals F._____

- 38 - konsequent aus der gebotenen ex ante Perspektive und berücksichtigte die Schwierigkeiten und Verzögerungen durch die diffuse Symptomlage gebührend. Die Sichtweise von Dr. med. H._____ wird gestützt durch die medizinische Beurteilung von II._____ und Prof. Dr. med. KK._____. Die Kläger kritisieren das Gutachten von Dr. med. H._____ zwar pauschal als «nicht glaubwürdig», differenzierte Ausführungen dazu, was konkret nicht überzeugend sein soll, machen sie aber nicht. Auch die abweichenden

Beurteilungen von Prof. Dr. med. I._____ und Dr. med. G._____ vermögen keine Zweifel am Gutachten von Dr. med. H._____ zu begründen. Prof. Dr. med. I._____ ist als Leiter der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des Uni- versitätsspitals X._____ nicht im selben Ausmass spezialisiert auf Notfallme- dizin wie Dr. med. H._____. Dr. med. G._____ erwähnt keine Erfahrungen in der Notfallmedizin, sondern nennt als Arbeitsschwerpunkte ihrer chirurgi- schen Tätigkeit Gefässmissbildungen, Erkrankungen des Lymphgefässsys- tems und plastisch-ästhetische Chirurgie (Stellungnahme vom 22. November 2017, KB 28 S. 2). Sodann wurden Prof. Dr. med. I._____ und Dr. med. G._____ einseitig von den Klägern beauftragt. Die Überzeugungskraft ihrer Aussagen wird zudem dadurch beeinträchtigt, dass Prof. Dr. med. I._____ und Dr. med. G._____ nicht konsequent eine ex ante Perspektive einneh- men. Ihre Ausführungen vermögen, wie nachstehend im Detail gezeigt wird, diejenigen von Dr. med. H._____ nicht zu erschüttern.

E. 4.8

Dr. med. H._____ machte in seinem Gutachten im Wesentlichen folgende Ausführungen. E._____ sei am 15./16. Februar 2013 im Spital F._____ lege artis behandelt worden. Die grundlegenden Massnahmen bei Vorliegen eines Infekts (symptomatische Therapie, Bestimmung der Laborwerte, Abnahme von Blutkulturen, Flüssigkeitsgabe, Antibiotikagabe, Identifikation und Sanie- rung des Herds) seien getroffen beziehungsweise angestrebt worden. Der Infektfokus sei anfänglich nicht klar gewesen, weshalb die diagnostischen Massnahmen zur Eingrenzung des Fokus getroffen worden seien. Nachdem - 39 - der Fokus bestimmt und die Notwendigkeit eines chirurgischen Handelns er- kannt worden sei, seien verzugslos die operativen Massnahmen eingeleitet worden, welche durch den Kreislaufzusammenbruch aber erst verzögert hät- ten umgesetzt werden können. (...) Zur Behandlung durch die Anästhesie- abteilung führte Dr. med. H._____ aus, die Vorbereitung sei lege artis getrof- fen worden. Die Verdachtsdiagnose einer nekrotisierenden Faszitis zwingt zu sofortigem chirurgischem Handeln und die vorbereitenden Massnahmen müssten auf ein sinnvolles Minimum begrenzt werden, damit es zu keiner Verzögerung der Entfernung der befallenen Faszien komme. (...) Der Herz- stillstand könne erklärt werden mit dem Wegfallen des Sympathikotonus nach Narkoseeinleitung. Dieser Vorgang sei bei schockierten Patienten gehäuft zu beobachten. (...) Die chirurgische Freilegung der A. und V. femo- ralis sei nicht zu spät vorgenommen worden, eine Freilegung zu einem frühe- ren Zeitpunkt, das heisst ohne Narkose erscheine als nicht realistisch. (...) Die Narkosemittel hätten ohne Kenntnis des Körpergewichts der Patientin korrekt dosiert werden können. Bei übergewichtigen Personen erfolge die Dosierung ausgehend vom sogenannten idealen Körpergewicht, für dessen Berechnung nur die Körpergrösse nötig sei. Zur Behandlung durch die Not- fallstation führte Dr. med. H._____ aus, die Triage durch eine Pflegeperson sei damals weit verbreitet gewesen und stelle keine Fahrlässigkeit dar. Bei Eintritt sei eine ungünstige Kreislaufsituation mit Hypotonie trotz heftigster Schmerzen festgestellt worden. Dieser Befund sei korrekt mit einer Flüssig- keitsgabe als erster Massnahme behandelt worden. (...) Die Vitalparameter seien engmaschig überprüft worden. (...) Die Untersuchungen seien nicht zu spät erfolgt. Weder der zeitliche Abstand zwischen dem Eintritt in die Notfall- station und der Duplexsonografie, noch der zeitliche Abstand zwischen dem Erstkontakt mit der Chirurgie und der Computertomografie erscheine ausser- gewöhnlich. (...) Zur Behandlung in der chirurgischen Abteilung führte Dr. med. H._____ aus, die Diagnose sei rechtzeitig und richtig gestellt worden. Entscheidend sei, dass anfänglich mehrere mögliche Ursachen

(Infekt am

- 40 - Unterschenkel rechts / pulmonaler Infekt bei bekanntem Asthma und entsprechender Anbehandlung durch den einweisenden Arzt / gastrointestinales Problem bei entsprechender Symptomatik mit Übelkeit, Durchfall und druckempfindlichem Abdomen) für den Zustand vorgelegen hätten und dass zuerst eine Bildgebung zur Klärung des Infektfokus habe durchgeführt werden müssen. Zwischen der Bildgebung und dem Beginn der anästhesiologischen Massnahmen bestehe eine Zeitspanne von zirka einer Stunde. In diesem Zeitraum habe die Operationsindikation gestellt, die Patientin von chirurgischer Seite aufgeklärt, die Operation bei Anästhesie und Operationspersonal angemeldet, die Prämedikation durch die Anästhesie durchgeführt, Dalacin verordnet, ein EKG geschrieben, ein Telefongespräch mit den Angehörigen vollzogen und die Patientin in den Operationssaal überführt werden müssen. Dies zeige, dass nach der Bildgebung keine Zeit vergeudet worden sei. (...) Die Abläufe im Operationssaal seien gekennzeichnet durch die lange Phase (fast zwei Stunden) zwischen Narkoseeinleitung und Schnitt für den tatsächlich geplanten Eingriff am Unterschenkel rechts. In dieser Zeit hätten gemäss Operationsbericht frustrane Versuche stattgefunden, perkutan zentralvenöse Leitungen zu legen (subclaviculär beidseits und jugulär beidseits) und es sei schliesslich eine offene Platzierung von zentralen Leitungen in die Leistengefässe links erfolgt. Diese Massnahme sei gerechtfertigt gewesen. Die Schwierigkeit aufgrund des Körperbaus und der Zeitbedarf aufgrund des Aufwands an mehreren Punktionsstellen (Handschuhwechsel, Desinfektion, Abdecken, Punktionsversuch) seien nachvollziehbar. Der eigentliche Eingriff am Unterschenkel rechts mit vollständiger Entfernung der nekrotischen Faszien habe gemäss Anästhesieprotokoll zirka 25 Minuten gedauert, was dafür spreche, dass der Operateur über genügend Erfahrung bezüglich der chirurgischen Technik verfügt habe. (...) Abschliessend bemerkte Dr. med. H._____, die Dokumentation in der vorliegenden Krankenakte sei zum Teil missverständlich, unvollständig oder von schlechter Qualität.

- 41 -

E. 4.9

Die KIS-Dokumentation stand Dr. med. H._____ unglücklicherweise nicht zur Verfügung. Es fehlten ihm damit insbesondere die Angaben von Dr. med. R._____ zu den ärztlichen Massnahmen auf der Notfallstation (KIS-Screenshot «Medizin», KB 36 S. 15 ff.) und die genauen Zeiten von verschiedenen Untersuchungen (KIS-Screenshot «Laborwerte», KB 36 S. 26 ff; KIS-Screenshot «Verlauf Auftragsmanagement/Radiologie», KB 36 S. 22 ff.). Die Patientenakte, wie sie Dr. med. H._____ vorlag, war deshalb - wie er in seinem Gutachten ja auch bemängelt - unvollständig. Entgegen der Ansicht der Kläger schmälert dies aber den Beweiswert seines Gutachtens nicht. Dr. med. H._____ standen ausser der KIS-Dokumentation sämtliche Unterlagen der Patientenakte zur Verfügung (aufgelistet im Gutachten, KB 14 S. 2). Ebenfalls zur Verfügung standen ihm die Stellungnahmen der Dres. med. V._____/W._____, Y._____/HH._____ und T._____/U._____ (KB 14 S. 2; vgl. oben E.4.4.4). Dr. med. H._____ gelang es, anhand dieser Unterlagen und gestützt auf seine praktische Erfahrung als Notfallmediziner den Ablauf der Ereignisse korrekt zu eruieren. So ging er zu Recht davon aus, dass zunächst eine Triage durch eine Pflegefachperson und danach eine ärztliche Eintrittsuntersuchung stattgefunden hatten. Sodann nahm er richtigerweise an, dass auf der Notfallstation diagnostische Abklärungen durch die diensthabenden Ärzte durchgeführt wurden, und dass die auf der Notfallstation vollzogenen Behandlungsmassnahmen (Volumentherapie, Medikamente gegen Schmerz, Unruhe und

Übelkeit, Inhalation mit Dospir, Sonografie, Röntgen, CT) auf ärztliche Anordnung hin erfolgt waren. Damit liess er sich - anders als Prof. Dr. med. I._____ und Dr. med. G._____ - nicht irreführen durch die Tatsache, dass im Pflegeprotokoll die Rubrik «Verordnungen» keine Einträge enthielt (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 4; Gutachten Prof. Dr. med. I._____, KB 16 S. 16). Zwar wusste Dr. med. H._____ nicht, dass die Ärzte der Notfallstation ihre Abklärungen und Verordnungen elektronisch im KIS erfasst hatten, doch war ihm aufgrund des gesamten Zusammenhangs klar, dass schon von Beginn der Behandlung an ärztliche Abklärungen und Verordnungen er-

- 42 - folgt sein mussten. Den zeitlichen Ablauf konnte Dr. med. H._____ in den wesentlichen Punkten klar und korrekt feststellen, wie seine detaillierte Auflistung der Ereignisse zeigt (KB 14 S. 6 ff.). Keine Klarheit hatte Dr. med. H._____ nur in Bezug auf den Zeitpunkt des Eingangs der Laborresultate, der OP-Aufklärung und der präoperativen Information der Angehörigen (KB 14 S. 8). Diese weitgehend den effektiven Abläufen entsprechende Vorstellung erlangte Dr. med. H._____ auch deshalb, weil die Ärzte im Spital F._____ sich in ihren Stellungnahmen auf die gesamte Patientenakte inklusive KIS-Dokumentation abgestützt hatten, so dass indirekt wesentliche Inhalte des KIS dennoch als Grundlage für das Gutachten von Dr. med. H._____ zur Verfügung standen. Die Behauptung der Kläger, die Stellungnahmen der Ärzte des Spitals F._____ stützten sich nicht auf die KIS-Dokumentation, ist falsch. Zum einen enthalten die Stellungnahmen Angaben, welche ohne Zugriff zum KIS nicht verfügbar gewesen wären, und zum anderen war es für die Ärzte des Spitals F._____ absolut naheliegend, für ihre Stellungnahmen auch das KIS zu konsultieren. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang schliesslich auch, dass Dr. med. H._____ sein Gutachten aufgrund exakt derselben Patientenakte erstellte wie Prof. Dr. med. I._____. Die Kläger beurteilen diese Datengrundlage bei ihrem Parteigutachter Prof. Dr. med. I._____ als verlässlich, so dass sie die Einholung eines Gerichtsgutachtens auf der Basis der um die KIS-Daten ergänzten Dokumentation nicht als notwendig erachten (Stellungnahme vom 12. Februar 2018 S. 2). Dass sie dieselbe Datengrundlage bei Dr. med. H._____ beanstanden, ist wenig kohärent. Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass Dr. med. H._____ sein Gutachten in Kenntnis aller wesentlichen Sachverhaltselemente abgab. Dass sein Gutachten auch in der Beurteilung und Begründung deutlich mehr zu überzeugen vermag als das Gutachten von Prof. Dr. med. I._____ und als die Beurteilung von Dr. med. G._____, wird nachstehend für alle Vorkommnisse, die von den Klägern als sorgfaltswidrig erachtet werden, im Detail aufgezeigt.

- 43 -

E. 4.10

Untersucht wird zunächst die Triage. Dr. med. H._____ gab im Kapitel «Ablauf der Ereignisse» an, nach dem Eintritt in die Zentrale Notfallstation um 23:15 Uhr sei die Triage durch eine Pflegeperson und einen Arzt erfolgt (KB 14 S. 6). Er schloss dies daraus, dass auf dem Triageformular die Rubrik «Triageperson» nicht ausgefüllt war und dass in der Rubrik «Pflege» «Q._____» und in der Rubrik «Arzt» «Dr. R._____» eingetragen war (Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 1). Mit dieser Interpretation lag Dr. med. H._____ falsch (vgl. oben E.4.4.3). Allem Anschein nach irritierte ihn dies, so dass er im Spital F._____ nachfragte und in seinen abschliessenden Bemerkungen erklärte, gemäss telefonischer Nachfrage sei die Triage nur durch eine Pflegeperson erfolgt und der aufgeführte diensthabende Arzt sei nicht primär beteiligt gewesen (KB 14 S. 13). Dieses Vorgehen

beurteilte Dr. med. H._____ als weit verbreitet und nicht als fahrlässig (KB 14 S. 13). Entgegen der Ansicht der Kläger vermag Dr. med. H._____ mit dieser Beurteilung zu überzeugen. Im Februar 2013 war es in der Schweiz absolut üblich, dass eine Pflegefachperson die Triage alleine vornahm. Nach den damals geltenden «Empfehlungen zur Triage in Schweizer Notfallstationen» der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin SGNOR wurde der Triageprozess, mithin die erste Phase der Patientenbetreuung in der Notfallstation, gewöhnlich durch eine speziell ausgebildete Notfall-Pflegefachperson übernommen (Schweizerische Ärztezeitung, Ausgabe 2009;90:46 S. 1789, einsehbar auf saez.ch/archiv mit Suchbegriff «Triage Notfallstation», zuletzt eingesehen am 28. Mai 2020). Und noch heute propagiert die SGNOR mit dem «STS (Schweizer Triage System) 2018» ein System, bei welchem eine Pflegefachperson die Triage macht (www.sgnor.ch/weitere-downloads, zuletzt eingesehen am 28. Mai 2020). Zwar wies Dr. med. H._____ darauf hin, dass die Triage an gewissen Spitälern in einer sogenannten medizinischen Teamevaluation mit einer kurzen Erstbeurteilung durch einen Kaderarzt vorgenommen werde und dass auch das Spital F._____ dieses Vorgehen im Frühjahr 2014

- 44 - implementiert habe (Gutachten Dr. med. H._____; KB 14 S. 13). Dies ändert aber nichts daran, dass die im vorliegenden Fall im Februar 2013 erfolgte Triage durch eine Pflegefachperson sowohl den damaligen allgemeinen, als auch den damals am Spital F._____ geltenden Triage-Standards entsprach. Die Kläger liegen demnach falsch mit ihrer Ansicht, die fachmännische Triage auf der Notfallstation obliege unmissverständlich allein dem Mediziner. Die Kläger stützen sich in diesem Zusammenhang zu Unrecht auf die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW zu intensivmedizinischen Massnahmen. Diese Richtlinien haben medizinisch-ethischen Charakter. Sie beziehen sich auf die Intensivmedizin und sind für die notfallmedizinische Triage nicht einschlägig. In der Sache wird die bei E._____ vorgenommene Triage (Stufe 3, NACA Score III; Pflegeprotokoll, KB 5/10 S. 1) weder von den Klägern noch von sonst jemandem beanstandet. Es kann somit festgestellt werden, dass im Zusammenhang mit der Triage keine Sorgfaltspflichtverletzung vorliegt.

E. 4.11

Die Kläger sind der Ansicht, E._____ sei auf der Zentralen Notfallstation zunächst nur durch Pflegefachpersonen betreut worden und die erste ärztliche Untersuchung habe beim chirurgischen Konsil um 02:30 Uhr stattgefunden. Sie stützen sich dabei auf die Ausführungen ihrer medizinischen Beraterin Dr. med. G._____ (Stellungnahme vom 22. November 2017, KB 28 S. 2 und 6). Damit liegen die Kläger falsch. Bei der Analyse des Sachverhalts aufgrund der vollständigen Patientenakte inklusive der KIS-Dokumentation hat sich gezeigt, dass sich die diensthabende Oberärztin Dr. med. S._____ bereits nach der Triage und der Erstversorgung durch die Pflege einen ersten Eindruck von der Patientin verschaffte, als sie ihr um zirka 23:30 Uhr den Venflon setzte und ein erstes Mal Blut abnahm. Weiter hat sich gezeigt, dass der diensthabende Assistenzarzt Dr. med. R._____ um zirka Mitternacht eine klinische Eintrittsuntersuchung machte, deren Ergebnisse er um 00:14 Uhr im KIS eintrug (vgl. vorne E.4.4.3). Die Sichtweise der Kläger kann auch des-

- 45 - halb nicht zutreffen, weil die zwischen Eintritt und 02:30 Uhr erfolgten Behandlungs- und Untersuchungsmassnahmen ärztlich angeordnet werden mussten (Venflon mit Volumengabe, verschreibungspflichtige Medikamente, Duplexsonografie, chirurgisches Konsil). Dr. med. H._____ ging richtigerweise davon aus, dass die Patientin sofort nach

der Triage und der Erstversorgung durch die Pflege ärztlich betreut wurde. Er führte dazu aus, die betreuenden Ärzte auf der Notfallstation hätten zu Recht die Massnahmen nicht nach der Einweisungsdiagnose Erysipel sondern nach den tatsächlich erhobenen Befunden ausgerichtet. Bei Eintritt sei eine ungünstige Kreislaufsituation mit Hypotonie trotz heftigster Schmerzen festgestellt worden. Dieser Befund sei korrekt mit einer Flüssigkeitsgabe als erster Massnahme behandelt worden (KB 14 S. 10). Prof. Dr. med. I._____ ging demgegenüber fälschlicherweise davon aus, ein ärztlicher Therapie- und Diagnoseplan habe auf der Notfallstation offensichtlich gefehlt, beziehungsweise es habe keine zeitnahe ärztliche Beurteilung stattgefunden (KB 16 S. 17 und 21).

E. 4.12

Die Analyse des Sachverhalts hat gezeigt, dass die Diagnose einer schweren Sepsis nach dem Eintreffen der Resultate der Blutchemie um 01:42 Uhr gestellt wurde, und dass ab 03:30 Uhr die Verdachtsdiagnose einer nekrotisierenden Fasziiitis mit Fokus im rechten Unterschenkel bestand (vgl. vorne E.4.4.3). Die Kläger sind der Ansicht, die Diagnostik sei in sorgfaltswidriger Weise verzögert erfolgt. Sie stützen sich auf Prof. Dr. med. I._____. Dieser führte aus, der Zustand der Patientin bei Eintritt mit pathologischen Vitalzeichen, starkem Schmerz und klar manifester Symptomatik am rechten Unterschenkel hätte eine rasche diesbezügliche Diagnostik erwarten lassen (KB 16 S. 15 f.). Die Duplexsonografie sei als erster dokumentierter diagnostischer Schritt in Richtung eigentliches Problem der Patientin erst einige Stunden nach Eintritt auf die Notfallstation erfolgt. Ob und welche diagnostischen Schritte davor vollzogen worden seien, sei nicht klar (KB 16 S. 17). Die Diagnose einer nekrotisierenden Fasziiitis hätte mit überwiegender Wahr-

- 46 -
lichkeit schneller gestellt werden können, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts auf die Notfallstation unverzüglich diagnostische Abklärungen der Beschwerden im rechten Unterschenkel initiiert worden wären (KB 16 S. 18). Dr. med. H._____ vertrat demgegenüber die Ansicht, die Untersuchungen seien nicht zu spät erfolgt. Weder der zeitliche Abstand zwischen dem Eintritt und der Duplexsonografie, noch der zeitliche Abstand zwischen dem Erstkontakt mit der Chirurgie und der Computertomografie erscheine ihm aussergewöhnlich (KB 14 S. 10 f.). Die Diagnose sei rechtzeitig und richtig gestellt worden. Entscheidend sei, dass anfänglich mehrere mögliche Ursachen (Infekt am Unterschenkel rechts / pulmonaler Infekt bei bekanntem Asthma und entsprechender Anbehandlung durch den einweisenden Arzt / gastrointestinales Problem bei entsprechender Symptomatik mit Übelkeit, Durchfall und druckempfindlichem Abdomen) für den Zustand vorgelegen hätten und dass zuerst eine Bildgebung zur Klärung des Infektfokus habe durchgeführt werden müssen (KB 14 S. 11). In der Zusammenfassung erwähnte Dr. med. H._____, dass auch eine tiefe Venenthrombose die Ursache für die Beschwerden hätte sein können, was ausgeschlossen werden müssen (KB 14 S. 12). Die Beurteilung von Dr. med. H._____ vermag zu überzeugen. Betrachtet man den Fall konsequent aus der ex ante Perspektive, so erscheint das Vorgehen der Ärzte bei der Diagnostik, wie nachfolgend aufgezeigt wird, nicht sorgfaltswidrig.

E. 4.12.1

Die nekrotisierende Fasziiitis ist eine sehr seltene und sehr schwierig zu diagnostizierende Krankheit (Gutachten Prof. Dr. med. I._____, KB 16 S. 14; Stellungnahme der Dres. med. V._____/W._____, KB 20 S. 3; Stellungnahme der Dres. med. T._____/U._____, KB 18 S. 1). Die US-amerikanische «National Necrotizing Fasciitis Foundation» beschreibt die

Krankheit auf ihrer Webseite als Wolf im Schafspelz. Die nekrotisierende Fasziiitis greife den Körper unter der Tarnung eines gewöhnlichen, geringfügigen Leidens an. Sie verursache verheerenden Schaden am Körper, ohne dass entsprechende

- 47 - Symptome vorliegen würden. Klarheit bestehe oftmals erst dann, wenn die Krankheit schon das kritische Stadium erreicht habe (www.nnff.com/the-problem-of-misdiagnosis.html, zuletzt eingesehen am 28. Mai 2020). Eine Fehlinterpretation der nekrotisierenden Fasziiitis im Sinne eines viel harmloseren Erysipels liegt nahe, da das Erysipel viel häufiger vorkommt und initial eine ähnliche Symptomatik verursacht (Gutachten Prof. Dr. med. I.____, KB 16 S. 14; Stellungnahme Dres. med. T.____/U.____, KB 18 S. 1). Die Symptome einer nekrotisierenden Fasziiitis sind Schwellung, Rötung und Überwärmung des betroffenen Gewebes, starke Schmerzen, Blasenbildung der Haut und des subkutanen Fettgewebes, Krepitus («Hautknistern») durch Gasbläschen unter der Haut, Hautnekrosen und Einblutungen, bretthartes subkutanes Gewebe, hohes Fieber, Tachykardie, Hypotonie, veränderte Vigilanz (von Verwirrtheit bis zur Bewusstseinsstörung) und Sepsis (Gutachten Prof. Dr. med. I.____, KB 16 S. 14; www.msmanuals.com/de/profi/erkrankungen-der-haut/bakterielle-hautinfektionen/nekrotisierende-weichteilinfektionen; www.nnff.com/the-symptoms-of-nf.html, zuletzt eingesehen am 28. Mai 2020). Vorliegend waren von diesen elf Symptomen in der ersten Phase auf der Notfallstation nur drei erkennbar, nämlich eine Schwellung, Rötung und Überwärmung des betroffenen Gewebes, starke Schmerzen und phasenhafte Tachykardie. Diese Symptome waren aber «nicht richtungsweisend» (Stellungnahme Dres. med. V.____/W.____, KB 20 S. 1), sie passen auch zu den Diagnosen des Erysipels und der tiefen Venenthrombose. Das Symptom der Hypotonie war zwar bei Eintritt gegeben, verschwand dann aber von Mitternacht bis 02:30 auf eine irreführende Weise (vgl. unten E.4.12.2). Die Sepsis war erst durch die Ergebnisse der Blutchemie um 01:42 Uhr klar erkennbar. Die Symptome Blasenbildung, Krepitus, Hautnekrosen und Einblutungen, bretthartes subkutanes Gewebe, hohes Fieber und veränderte Vigilanz waren bei E.____ nicht vorhanden. Gemäss den medStandards (Sammlung von klinischen Standards des Universitätsspitals Basel) zu bakteriellen Haut- und Weichteilinfekten sind die Warnzeichen, welche auf

- 48 - eine nekrotisierende Fasziiitis hinweisen (1) rasche Progression; Pain out of proportion, (2) schwere systemische Zeichen: Fieber, Leukozytose, Hypotonie, und (3) Blasen mit hämorrhagischem Inhalt (medstandards.ch, zuletzt eingesehen am 28. Mai 2020; KB 29 S. 2). Vorliegend gab es statt der raschen Progression zunächst eine Zustandsverbesserung (vgl. unten E.4.12.2), die Schmerzen waren zwar bei Eintritt stark (23:20 Uhr VAS 8-9) gingen aber unter Analgesie zurück (00:55 Uhr VAS 7-8, 01:40 Uhr VAS 6), die Patientin hatte kein Fieber, die Leukozyten lagen bei der ersten Blutabnahme im Normbereich (8.6, Norm 3.5-10; KIS-Screenshot «Laborwerte», KB 36), der Blutdruck war zwar zunächst tief, erholte sich aber rasch (vgl. unten E.4.12.2) und die Patientin hatte auch keine blutgefüllten Blasen. Die Ärzte des Spitals F.____ haben demnach entgegen der Ansicht der Kläger keine Warnzeichen gemäss medStandards missachtet. Dr. med. H.____ berücksichtigte die bei E.____ vorliegende wenig typische Symptomlage zu Recht als grosses Erschweris für die Diagnose. Prof. Dr. med. I.____ hingegen überschätzte die Erkennbarkeit dieser seltenen Krankheit anhand von dermassen wenig ausgeprägten Symptomen im Sinne eines Rückschauers. 4.12.2. Der Verlauf war irreführend und verschleierte die Schwere der Erkrankung. Bei Eintritt um 23:20 Uhr wurde

ein sehr tiefer Blutdruck von 76/49 (normaler Blutdruck 120/80) und ein erhöhter Puls von 102 gemessen. Bei der Eintrittsuntersuchung durch Dr. med. R._____ um Mitternacht hatte sich der Blutdruck nach nur einer Volumengabe von 1000 ml NaCl-Lösung bereits wieder erholt und lag bei dem erhöhten Wert von 142/84. Die Patientin war an einen Monitor angeschlossen und ihr Blutdruck wurde in regelmässigen kurzen Intervallen gemessen. Ins Pflegeprotokoll wurden aber nicht alle dieser Messungen übertragen, sondern nur diejenigen, denen die Pflegefachpersonen besondere Relevanz beimessen (Stellungnahme Dres. med. V._____/W._____, KB 20 S. 2). So wurde für 00:55 Uhr ein Blutdruck von

- 49 - 142/97 notiert, um 02:30 Uhr ein solcher von 84/47. Daraus kann geschlossen werden, dass der Blutdruck von Mitternacht bis 02:30 Uhr auf dem Niveau von ungefähr 142/97 stabil blieb und dann plötzlich massiv auf den tiefen Wert von 84/47 abfiel. Die Dres. med. V._____/W._____ führten dazu in ihrer Stellungnahme aus, der initial gemessene Blutdruck sei am ehesten als Fehlmessung interpretiert worden, dies aufgrund der grossen Diskrepanz zwischen dem gemessenen Wert und einer zu diesem Zeitpunkt kreislaufstabilen und bezüglich Blutdruck asymptomatischen Patientin, welche sich wiederholt selbständig mobilisiert und auf entsprechendes Nachfragen keine Schwindelbeschwerden angegeben habe. Eine Kontrolle (durch Dr. med. R._____ um Mitternacht) habe dann auch einen Wert von 142/84 gezeigt. Von Mitternacht bis kurz vor 02:30 Uhr habe kein Schock-Zustand vorgelegen (per definitionem Blutdruck systolisch unter 100 und Puls über 100). Erst ab 02:30 Uhr habe eine eigentliche Schocksituation vorgelegen (Stellungnahme Dres. med. V._____/W._____, KB 20 S. 2). Dass die Ärzte das Schockgeschehen nicht als akut einschätzten, ist angesichts der undeutlichen Symptome nachvollziehbar. Die Patientin litt in der ersten Phase nicht an Fieber, die Sauerstoffsättigung war normal, sie schwitzte nicht, ihr Puls war nur phasenweise und nur geringfügig erhöht, es kam erst gegen 02:30 Uhr zu einem anhaltenden Blutdruckabfall und erst die Laborwerte um 01:42 Uhr sprachen eindeutig für eine Sepsis (www.msdmanuals.com/de/profi/intensivmedizin/sepsis-und-septischer-schock, zuletzt eingesehen am 28. Mai 2020). Dr. med. H._____ berücksichtigte die trügerische vorübergehende Verbesserung des Zustandes. Er sprach von einer «zwischenzeitlichen Verbesserung der Situation» (KB 14 S. 12) und ging entsprechend davon aus, dass die Ärzte in der ersten Phase keine klaren Hinweise auf die Heftigkeit des septischen Geschehens hatten. Prof. Dr. med. I._____ hingegen berücksichtigte die vorübergehende Erholung nicht und ging fälschlicherweise davon aus, es habe von Anfang an ein septischer Schock vorgelegen.

- 50 -

E. 4.12.3

Die Diagnosestellung war nicht nur durch die für eine nekrotisierende Faszitis wenig ausgeprägte Symptomlage erschwert (vgl. vorne E.4.12.1), sondern auch dadurch, dass weitere Symptome hinzukamen und ein sehr diffuses und schwer interpretierbares Bild ergaben. So litt die Patientin seit Jahren an einem Ulcus am rechten Unterschenkel, sie trat mit einem viralen Infekt der oberen Luftwege, mit Durchfall und mit Übelkeit auf die Notfallstation ein und sie hatte im Rahmen ihres Asthma Probleme mit der Atmung. Die Übelkeit und die Atemprobleme mussten medikamentös behandelt werden (Primperan um 00:30 Uhr, Dospir um 01:15 Uhr) und der Durchfall zwang die Patientin immer wieder dazu, die Toilette aufzusuchen. Während Dr. med. R._____ bei der Eintrittsuntersuchung

um Mitternacht noch keine Druckdo- lenz am Abdomen feststellte, traten schon bald darauf starke Bauchschmer- zen auf, so dass das Symptombild noch komplexer wurde. Die Zeit, welche die differentialdiagnostische Abklärung in dieser diffusen Situation in An- spruch nahm, erachtete Dr. med. H. _____ in nachvollziehbarer Weise als angemessen.

E. 4.12.4

Die Patientin war stark übergewichtig mit einem BMI > 40. Dies verlangsamte die Diagnostik und erschwerte die Behandlung. Die Blutabnahme war auf- grund der Adipositas per magna aussergewöhnlich schwierig. Die Venen wa- ren schwierig zu treffen und es liess sich jeweils nur sehr wenig Blut abneh- men (Stellungnahme Dres. med. V. _____/W. _____, KB 20 S.2). Die erste Blutentnahme um 23:30 Uhr ergab nur so wenig Blut, dass es zwar für den Blutstatus, nicht aber für die Blutchemie reichte, so dass dafür eine zweite Blutentnahme nötig war. Entgegen der Ansicht der Kläger ist die Abnahme einer geringen Menge Blut unter den besonderen Umständen dieses Falles keine Sorgfaltspflichtverletzung. Dass der Grund für die Schwierigkeiten bei der Blutabnahme nicht bei den Ärzten und dem Pflegepersonal auf der Not- fallstation lag, zeigt sich denn auch daran, dass es in der Folge dem Opera- tionsteam auch unter Anwendung Ultraschall-unterstützter Punktionstechnik

- 51 - in mehreren Versuchen an mehreren Orten nicht gelang, einen Zentralen Ve- nenkatheter einzulegen (Stellungnahme Dres. med. Y. _____/HH. _____, BB 6 S. 2; Operationsbericht, KB 5/6). Weiter führte die Adipositas der Patientin auch dazu, dass das Abtasten des Unterschenkels und des Bauches wenig aussagekräftig war. Zudem war die Mobilisierung für die durchfallbedingten Toilettengänge und die Bildgebung zeitraubend. Auch diese Aspekte berück- sichtigte Dr. med. H. _____ gebührend, während Prof. Dr. med. I. _____ sie nur am Rande in seine Überlegungen miteinbezog. Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die Ärzte des Spitals F. _____ bei der Stel- lung der Diagnose nach den aktuellen Standards der Medizin vorgegangen sind und dass sie auch in diesem Zusammenhang ihre Sorgfaltspflichten nicht verletzt haben.

E. 4.13

Um 03:30 Uhr wurde E. _____ das Antibiotikum Rocephin verabreicht, um 04:10 Uhr das Antibiotikum Dalacin. Aus der Sicht der Kläger erfolgte die Antibiose damit zu spät. Sie berufen sich auf Prof. Dr. med. I. _____, der aus- führte, grundsätzlich seien die Stützpfeiler im Management einer nekrotisie- renden Fasziiitis die frühe Erkennung, die sofortige breite antibiotische The- rapie und ein frühes und extensives chirurgisches Débridement. Wenn ein infektiöses Geschehen für ein septisches Zustandsbild als ursächlich ange- sehen werde, wie dies bei E. _____ zweifelsohne der Fall gewesen sei, so müsse gemäss den Sepsis Guidelines innert 45 Minuten mit einer antibioti- schen Therapie begonnen werden, mit oder ohne Diagnostik (Gutachten Prof. Dr. med. I. _____, KB 16 S. 15 und 21; International Guidelines for Ma- nagement of Sepsis and Septic Shock, einsehbar auf der Webseite der Sur- viving Sepsis Campain unter www.sccm.org/SurvivingSepsisCampaign/Guidelines/Adult-Patients, zuletzt eingesehen am 28. Mai 2020). Dr. med. H. _____ hingegen beanstandete die Abgabe der Antibiotika nicht und be- zeichnete das Vorgehen der Ärzte als lege artis (KB 14 S. 9). Auch in diesem Punkt erweist sich die Ansicht von Dr. med. H. _____ als überzeugend. Bei

- 52 - Eintritt auf die Notfallstation gab es noch keine verlässlichen und eindeutigen Hinweise darauf, dass E. _____ an einer sehr schweren und aussergewöhn- lich schnell

fortschreitenden Infektionskrankheit litt. Nur aus der Rückschau zeigt sich aufgrund des gesamten Verlaufs, dem lokalen Befund bei Eröffnung im Operationssaal und dem Histologiebefund mit Nachweis von gram-positiven Kokken, dass sie an einer nekrotisierenden Faszitis vom Typ II litt, mithin dem Typ, bei welchem der Verlauf fulminant ist und bei welchem es zusätzlich zu einer Toxinbildung kommt, welche eine überschüssige Entzündungsreaktion des Körpers zur Folge hat (Gutachten Prof. Dr. med. I._____, KB 16 S. 18 und 19). In der Rückschau wäre es deshalb sicher richtig gewesen, so früh wie möglich mit der Antibiotikatherapie zu beginnen. Analysiert man die Abläufe aber aus dem Blickwinkel der Ärzte des Spitals F._____, so war erst mit Eintreffen der Ergebnisse der Blutchemie um 01:42 Uhr erkennbar, dass die Patientin an einer schweren Sepsis litt, und ein septischer Schock offenbarte sich erst um zirka 02:30 Uhr, als der Blutdruck abfiel und als die Ergebnisse der Blutgasanalyse um 02:42 Uhr einen stark erhöhten Laktatwert von 9.6 zeigten (septischer Schock bei Laktatwert > 2; «Guidelines SIRS/Sepsis: Infektiologisches Management», guidelines.ch, zuletzt eingesehen am 28. Mai 2020; KB 19). Indem die Antibiose vorliegend um 03:30, mithin rund 50 Minuten nach der verlässlichen Diagnose des septischen Schocks um 02:42, begonnen wurde, hielten sich die Ärzte an die Schweizer Sepsis Guidelines, gemäss welchen die antibiotische Therapie spätestens 60 Minuten nach der Diagnose eines septischen Schocks beginnen sollte (Guidelines SIRS/Sepsis, KB 19 S. 2). Dass die Antibiotika nicht sofort nach Feststellen der Sepsis um 01:42 Uhr verabreicht wurden, steht ebenfalls in Einklang mit den Guidelines. Diese sehen die Antibiotikagabe bei einer Sepsis mit unklarem Fokus nur nach Diagnostik und Überprüfung der Therapieindikation vor (KB 19 S. 2). Weil der Fokus der Infektion bei E._____ um 01:42 Uhr noch unklar war, setzten die Ärzte des Spitals F._____ in Übereinstimmung mit den Guidelines den Diagnoseprozess fort und überprüften

- 53 - die Differentialdiagnosen mittels Sonografie, chirurgischem Konsil, CT und weiteren Blutuntersuchungen. Und schliesslich entspricht es den Guidelines auch, dass die Ärzte des Spitals F._____ vor der Antibiotikagabe noch Blutkulturen abnahmen, auch wenn dies aufgrund der schwierigen Venenverhältnisse wiederum zeitaufwändig war. Die Guidelines geben nämlich explizit an, Blutkulturen seien «zwingend vor antibiotischer Therapie» abzunehmen (Guidelines SIRS/Sepsis, KB 19 S. 1). Dasselbe geht auch aus den Leitlinien zu bakteriellen Haut- und Weichteilinfektionen von medStandards hervor, gemäss welchen bei einer nekrotisierenden Faszitis zunächst Blutkulturen anzulegen sind und erst anschliessend eine empirische Antibiotikatherapie vorzunehmen ist (KB 29 S. 2). Aus all diesen Gründen begann die Antibiotikatherapie nicht zu spät und sind im Zusammenhang mit der Antibiose keine Sorgfaltspflichten verletzt worden.

E. 4.14

Die eigentliche Operation, das heisst die Entfernung des nekrotischen Gewebes, begann um 06:20 Uhr. Die Kläger sind der Ansicht, der chirurgische Eingriff sei zu spät erfolgt. Sie stützen sich auf Prof. Dr. med. I._____, der in seinem Gutachten ausführte, die Überlebenschance von E._____ sei durch die Verzögerung der chirurgischen Sanierung beeinträchtigt worden. Prof. Dr. med. I._____ führte die Verzögerung im Wesentlichen auf die seiner Ansicht nach verzögerte Diagnosestellung zurück, konkrete Kritik am Vorgehen der Ärzte ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung erhebt er nicht (KB 16 S. 22). Dr. med. H._____ beanstandete das Vorgehen der Ärzte der chirurgischen Abteilung nicht (KB 14 S. 11 f.). Auch in diesem Punkt vermag die Beurteilung von Dr. med. H._____ zu

überzeugen. 4.14.1. Die Kläger beanstanden, der chirurgische Eingriff sei mit Durchführung der Bildgebung unzulässigerweise verzögert worden. Dem kann nicht gefolgt werden. Dr. med. H. _____ führte in nachvollziehbarer Weise aus, dass beim Hinzukommen der Chirurgen mehrere Ursachen für den Zustand der Patien-

- 54 - tin möglich erschienen, nämlich ein Infekt am Unterschenkel rechts, ein pulmonaler Infekt bei bekanntem Asthma und entsprechender Anbehandlung durch den einweisenden Arzt und ein gastrointestinales Problem bei entsprechender Symptomatik mit Übelkeit, Durchfall und druckempfindlichem Abdomen. Es habe deshalb eine Bildgebung zur Klärung des Infektfokus durchgeführt werden müssen (KB 14 S. 11). Zwar sieht die Leitlinie für bakterielle Haut- und Weichteilinfektionen von medStandards vor, dass bei einer nekrotisierenden Faszitis keine Verzögerung des chirurgischen Eingriffs durch eine Bildgebung erfolgen soll. Die Leitlinie weist aber eben auch darauf hin, dass in unklaren Situationen ein MRI beziehungsweise ein CT nötig sein können (KB 29 S. 2). Dies war vorliegend offensichtlich der Fall. Die Beklagte macht zu Recht geltend, die Chirurgen hätten ohne die Bildgebung schlicht nicht gewusst, an welcher Stelle sie bei der Patientin das Skalpell hätten ansetzen sollen.

E. 4.14.2

Zwischen dem Ende der Bildgebung um 03:48 Uhr und dem Beginn der anästhesiologischen Massnahmen um 04:30 Uhr verstrichen rund 50 Minuten. Dr. med. H. _____ führte dazu aus, es sei «keine Zeit vergeudet» worden (Operationsindikation, Anmeldung der Operation bei Anästhesie und Operationspersonal, Aufklärung der Patientin durch die Chirurgie und die Anästhesie, Verordnung von Dalacin, Prämedikation durch die Anästhesie, EKG, Information der Angehörigen, Überführung in den OP; KB 14 S. 11). Und auch Prof. Dr. med. I. _____ gab an, das notwendige chirurgische Prozedere sei «zügig eingeleitet» worden (KB 16 S. 23).

E. 4.14.3

Von 04:55 bis 05:10 Uhr musste die Patientin reanimiert werden, nachdem sie bei der Intubation einen Herzstillstand erlitten hatte. Die Dres. med. Y. _____/HH. _____ erklärten dazu in ihrer Stellungnahme, Patienten mit einer Sepsis seien Risikopatienten für eine Anästhesieeinleitung und -führung, mit einem Herzkreislaufstillstand müsse jederzeit gerechnet werden. Das

- 55 - Anästhesieteam sei deshalb mit allen notwendigen Geräten und Medikamenten darauf vorbereitet gewesen, einen Herzkreislaufstillstand schnellstmöglich zu therapieren (BB 6 S. 2). Dr. med. H. _____ und Prof. Dr. med. I. _____ beanstandeten das Vorgehen des Operationsteams im Zusammenhang mit dem Herzstillstand nicht (KB 14 S. 9).

E. 4.14.4

Ab 05:10 Uhr versuchten die Ärzte, eine zentrale Leitung subclavia und jugulär zu legen. Als dies nicht gelang, legten sie im Leistenbereich operativ Blutgefässe frei und legten dort einen arteriellen und einen venösen Katheter ein, was bis gegen 06:20 Uhr dauerte. Auch dies ist trotz der Dauer von über einer Stunde nicht als Verletzung der Sorgfaltspflicht zu werten. Zum einen waren die zentralen Leitungen unbestrittenermassen notwendig, und zum anderen vermochten die Dres. med. Y. _____/HH. _____ die Verzögerung in ihrer Stellungnahme einleuchtend mit den schwierigen Vorbedingungen durch die Adipositas zu erklären (BB 6 S. 3), ebenso der Operateur Dr. med. N. _____ (Operationsbericht, KB 5/1).

Dr. med. H._____ erachtete das Vorgehen des Operationsteams beim Legen der zentralen Leitungen als korrekt und führte dazu aus, die Schwierigkeit aufgrund des Körperbaus und der Zeit- bedarf aufgrund des Aufwands an mehreren Punktionsstellen seien nachvollziehbar (KB 14 S. 11). Prof. Dr. med. I._____ beanstandete das Vorgehen des Anästhesieteams nicht. Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass der Beginn der eigentlichen Operation nicht in sorgfaltswidriger Weise verzögert wurde.

E. 4.15

Um 06.20 Uhr begann Dr. med. N._____ mit der eigentlichen Operation. Er entfernte die schmierigen nekrotischen Faszien über den gesamten Unterschenkel. Als sich zeigte, dass auch der Oberschenkel schon massiv befallen war, stellte das Operationsteam den Eingriff ein. Auf eine Amputation des gesamten rechten Beines verzichtete Dr. med. N._____ in Absprache mit Dr. med. U._____. Dr. med. H._____ erachtete dieses Vorgehen als korrekt. Er

- 56 - führte aus, die Rückfrage an den erfahrensten Operateur des Fachgebiets sei gerechtfertigt gewesen und Dr. med. N._____ habe als Operateur genügend Erfahrung in der chirurgischen Technik aufgewiesen. Der Verzicht auf die Amputation sei nicht zu beanstanden. Weil bereits die Faszien am Oberschenkel betroffen gewesen seien und weil die Patientin zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung trotz kreislaufunterstützender Medikamente über einen Perfusor nur noch einen marginalen Blutdruck aufgewiesen habe, müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die Amputation das Leben der Patientin nicht hätte retten können. Er schätze die Mortalität auf nahezu 100 % (KB 14 S. 12). Dies ist nachvollziehbar und überzeugend, so dass auch in Zusammenhang mit der eigentlichen Operation keine Sorgfaltspflichtverletzung festzustellen ist.

E. 4.16

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass weder den Ärzten der Notfallstation, noch denjenigen der Anästhesie und der Chirurgie eine Sorgfaltspflichtverletzung vorzuwerfen ist. E._____ hatte das Pech, von einer äusserst tückischen und äusserst schnell voranschreitenden Krankheit betroffen zu sein und eine für die Ärzte schwer interpretierbare Symptomlage aufzuweisen. Daraus folgt, dass die Ärzte des Spitals F._____ nicht widerrechtlich gehandelt haben. Bei diesem Ergebnis erübrigt es sich zu klären, ob zwischen dem Handeln der Ärzte und dem Tod von E._____ ein Kausalzusammenhang besteht. Es kann also offenbleiben, ob der Tod mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätte verhindert werden können, wenn die Antibiose und die Operation früher vorgenommen worden wären, oder ob die Krankheit schon so weit fortgeschritten war, dass E._____ ohnehin verstorben wäre. 5. Ein Genugtuungsanspruch gestützt auf Art. 5 SHG setzt ein widerrechtliches Verhalten voraus. Diese zentrale Haftungsvoraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt, weil die Ärzte des Spitals F._____ bei der Behandlung von E._____

- 57 - ihre Sorgfaltspflichten nicht verletzt haben. Die Kläger haben deshalb keinen Anspruch auf Genugtuung und die Klage ist aus diesem Grund abzuweisen. 6. Bei diesem Ausgang des Verfahrens haben gemäss Art. 73 Abs. 1 VRG die Kläger die Verfahrenskosten zu tragen. Die Verfahrenskosten bestehen aus der Staatsgebühr für die Beanspruchung des Gerichts, aus den Gebühren für Ausfertigung und Mitteilung des Entscheids und aus den Barauslagen (Art. 75 VRG). Gemäss Art. 75 Abs. 2 VRG beträgt

die Staatsgebühr höchstens 20 000 Franken. Sie richtet sich im Wesentlichen nach dem Umfang und der Schwierigkeit der Sache. Vorliegend wird die Staatsgebühr angesichts des Streitwertes und des Verfahrensaufwandes mit doppeltem Schriftwechsel und weiteren Stellungnahmen der Parteien auf Fr. 5'000.00 festgesetzt (s. dazu etwa den vergleichbaren Fall VGU U 14 41: Staatsgebühr Fr. 6'000). Die Kanzleiauslagen werden gestützt auf die Verordnung über die Gebühren und Barauslagen des Verwaltungsgerichtes (BR 370.110) festgesetzt (Art. 75 Abs. 4 VRG). 7. Die im Klageverfahren unterliegende Partei wird in der Regel verpflichtet, der obsiegenden Partei die durch den Rechtsstreit verursachten notwendigen Kosten zu ersetzen (Art. 78 Abs. 1 VRG). Abweichend davon wird mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen, wenn sie in ihrem amtlichen Wirkungskreis obsiegen (Art. 78 Abs. 2 VRG). Nach der Praxis des Bundesgerichts und des Verwaltungsgerichtes sind staatshaftungsrechtliche Fragestellungen dem amtlichen Wirkungskreis von Organisationen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben zuzurechnen, womit eine aussergerichtliche Entschädigung entfällt (Urteil des Bundesgerichts 2C_816/2017 vom 8. Juni 2018 E.5.3, Urteile des Verwaltungsgerichtes U 16 11 vom 15. März 2019 E.6 und U 15 91 vom 13. Juni 2017 E.11c). Vorliegend erfüllt die Beklagte eine öffentlich-rechtliche Aufgabe (vgl. vorne E.1.1) und Thema des Rechtsstreits war eine staatshaf-

- 58 - tungsrechtliche Frage. Die Beklagte hat deshalb keinen Anspruch auf aussergerichtliche Entschädigung. Auch den unterliegenden Klägern steht keine Parteientschädigung zu; die Kosten für die medizinische Beratung durch Dr. med. G. _____ sowie Prof. Dr. I. _____ haben sie selber zu tragen (Art. 78 Abs. 1 VRG e contrario). 8. Gegen dieses Urteil besteht eine Weiterzugsmöglichkeit an das Kantonsgericht von Graubünden. Dies gestützt auf Art. 85b VRG, wonach erstinstanzliche Endentscheide des Verwaltungsgerichtes, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Zivilrecht stehen, mit zivilrechtlicher Beschwerde oder Berufung an das Kantonsgericht weitergezogen werden können. Art. 85b VRG verweist auf Art. 72 Abs. 2 lit. b des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG/SR 173.110), wo festgelegt wird, dass das Bundesgericht als ordentliche Beschwerdeinstanz in Zivilsachen unter anderem auch bei öffentlich-rechtlichen Entscheiden angerufen werden kann, wenn diese Entscheide in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Zivilrecht stehen. Dass bei der medizinischen Staatshaftung ein solch unmittelbarer Zusammenhang mit dem Zivilrecht besteht, zeigt sich daran, dass Art. 31 Abs. 1 lit. d des Reglements für das Bundesgericht (BGerR/SR 173.110.131) Beschwerden im Rechtsgebiet der medizinischen Staatshaftung in die Zuständigkeit der ersten zivilrechtlichen Abteilung zuweist (BGE 133 III 462 E.2.1). Die Beschwerde in Zivilsachen setzt gemäss Art. 75 Abs. 2 BGG voraus, dass auf kantonaler Ebene bereits eine erste Instanz und eine Rechtsmittelinstanz entschieden haben. Mit Art. 85b VRG reagierte der kantonale Gesetzgeber auf die Entscheide des Bundesgerichtes BGE 139 III 252 und 4A_546/2013 vom 13. März 2014, welche verlangten, dass die Gerichtsorganisation in den Kantonen so auszugestalten sei, dass bei Staatshaftungsfällen mit medizinischem Hintergrund das Erfordernis der doppelten Instanz eingehalten werde (vgl. Botschaft der Regierung an den Grossen Rat, Heft Nr. 7/2015-2016, S. 272 f.; www.gr.ch/DE/institutionen/parlament/botschaften, zuletzt eingesehen am

- 59 - 28. Mai 2020). Aus alledem folgt, dass der vorliegende Entscheid des Verwaltungsgerichtes als öffentlich-rechtlicher erstinstanzlicher Endentscheid mit unmittelbarem Zusammenhang zum Zivilrecht zu qualifizieren ist und dass zur Sicherstellung des

ordnungsgemässen Instanzenzuges der Rechtsmittelweg an das Kantonsgericht des Kantons Graubünden gemäss Art. 85b VRG angezeigt ist.

- 60 - Demnach erkennt das Gericht:

E. 5

Aufgrund der Diskrepanzen zwischen den Ausführungen von Dr. med. H. _____ und Dr. med. G. _____ beauftragten die Angehörigen von E. _____ Prof. Dr. med. I. _____, Direktor der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des Universitätsspitals X. _____, mit der Erstellung eines privaten Aktengutachtens. Dieser erstattete seine Beurteilung am 27. Juni 2016. Er kritisierte die Behandlung im Spital F. _____ in verschiedenen Punkten; insbesondere bewertete er die Diagnosestellung, die Antibiotikagabe und die chirurgische Sanierung als verzögert, was die Mortalitätsrate der Patientin ungünstig beeinflusst habe.

E. 6

Am 20. Juli 2017 erhoben die Angehörigen von E. _____ Klage an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Sie beantragten, die Stiftung D. _____ sei zu verpflichten, der Mutter Fr. 30'000.00 und den Geschwistern je Fr. 10'000.00 an die ab dem 16. Februar 2013 bis zum 20. Juli 2017 aufgelaufene Genugtuungssumme zu zahlen. Weitere Forderungen aus dem Todesfall vom 16. Februar 2013 behielten sie sich ausdrücklich vor. In formeller Hinsicht beantragten sie, es sei vorfrageweise zu entscheiden, dass Art. 84 ff. ZPO und Art. 243 ff. ZPO über die Teilklage im vereinfachten Verfahren im vorliegenden Verfahren vor Verwaltungsgericht anwendbar seien. Zur Begründung machten sie im Wesentlichen geltend, es sei nicht rechtzeitig die richtige Diagnose gestellt worden, die frühzeitige Antibiotikagabe und eine rechtzeitige chirurgische Sanierung seien unterlassen worden und die Dokumentation sei mangelhaft. Die Kläger vertraten die Ansicht, es sei auf die umfassenden, widerspruchsfreien und überzeugenden Ausführungen von Dr. med. G. _____ und Prof. Dr. med. I. _____ abzustellen, die Ausführungen von Dr. med. H. _____ seien nicht glaubwürdig.

E. 7

Die Stiftung D. _____ beantragte am 25. Oktober 2017 die Abweisung der Klage. Sie reichte eine Dokumentation aus dem elektronischen Krankenhaus-Informationssystem (KIS) nach und machte geltend, bei ex ante Be-

- 5 - trachtung zeige sich gestützt auf das voll beweiskräftige Gutachten von Dr. med. H. _____, dass keine Sorgfaltspflichtverletzung vorliege. Die Verzögerungen seien nachvollziehbar. Hinzu komme, dass die Verzögerungen nicht kausal für den Tod von E. _____ gewesen seien, sei doch die nekrotisierende Faszitis bereits bei Eintritt auf die Notfallstation akut lebensbedrohend gewesen. Das Gutachten von Prof. Dr. med. I. _____ sei aus verschiedenen Gründen nicht überzeugend und die Stellungnahmen von Dr. med. G. _____ würden als reine Gefälligkeitsgutachten mit diversen falschen und widersprüchlichen Aussagen strikte abgelehnt. Die Genugtuungsforderungen der Kläger seien überhöht und scheiterten daran, dass die beteiligten Ärzte kein Verschulden treffe.

E. 8

Mit Replik vom 1. Dezember 2017 hielten die Kläger an ihren Anträgen fest. Sie vertieften ihren Standpunkt, wobei sie sich auf eine weitere Stellungnahme von Dr. med. G. _____ vom 22. November 2017 stützten. Sie rügten, die Beklagte habe ihnen die KIS-Dokumentation vorenthalten. Diese Dokumentation habe auch den Gutachtern nicht

vorgelegen. Der Wahrheitsgehalt der KIS-Dokumentation sei mehr als fragwürdig, sie sei aus dem Recht zu weisen.

E. 9

Mit Duplik vom 30. Januar 2018 hielt die Beklagte an ihrem Antrag und an ihrer Begründung fest. Sie ergänzte, die KIS-Dokumentation sei den Klägern zunächst tatsächlich nicht ausgehändigt worden, allerdings nicht mit Absicht, sondern aufgrund unglücklicher Umstände. Ganz bestimmt sei die KIS-Dokumentation nicht manipuliert worden, sie sei nicht aus dem Recht zu weisen.

E. 10

Mit Stellungnahme vom 12. Februar 2018 präzisierten die Kläger ihren Standpunkt in Bezug auf die Vorkommnisse auf der Notfallstation und im Zusammenhang mit der KIS-Dokumentation.

- 6 -

E. 11

Mit Stellungnahme vom 22. Februar 2018 reichte die Beklagte eine Kopie des Mailverkehrs zwischen ihrer Stabsstelle Haftpflicht/Beschwerden und ihrem ICT Applikationsbetreuer ein, um zu belegen, dass die Stabsstelle erst Ende des Jahres 2017 Zugang zum KIS erhalten habe.

E. 12

Mit Schreiben vom 24. Mai 2018 teilten die Kläger mit, sie hätten Strafanzeige wegen Urkundenfälschung eingereicht. Am 27. April 2018 habe die Staatsanwaltschaft Graubünden einen Augenschein durchgeführt. Die Kläger reichten das Protokoll dieses Augenscheins ein, sowie anlässlich des Augenscheins vorgenommene Ausdrücke und Screenshots aus dem KIS.

E. 13

Mit Schreiben vom 7. Juni 2018 nahm die Beklagte Stellung zu den neu eingereichten Akten. Es lägen nun sämtliche Daten aus dem KIS auf dem Tisch. Eine medizinische Interpretation der neuen Unterlagen sei nicht notwendig, da diese kaum neue Informationen enthielten.

E. 14

Mit Schreiben vom 29. November 2018 teilte die Beklagte mit, das Strafuntersuchungsverfahren sei eingestellt worden. Die entsprechende Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft Graubünden vom 26. November 2018 legte sie bei.

E. 15

Mit Schreiben vom 5. Dezember 2018 teilten die Kläger mit, sie hätten das Schreiben der Beklagten vom 29. November 2018 zur Kenntnis genommen und sie würden zu gegebener Zeit über ein Gesuch an die Staatsanwaltschaft um Wiederaufnahme der Untersuchung des aussergewöhnlichen Todesfalles entscheiden.

E. 16

Mit Schreiben vom 9. April 2019 teilten die Kläger mit, sie hätten Interesse an einer Referentenaudienz zur Diskussion einer vergleichsweisen Erledigung der Angelegenheit.

Mit Schreiben vom 10. April 2019 teilte der Instruk-

- 7 - tionsrichter der Beklagten mit, das Verwaltungsgericht würde für eine Referentenaudienz Hand bieten, sofern auch von Seiten der Beklagten ein Interesse bestehe. Mit Schreiben vom 17. April 2019 teilte die Beklagte mit, aus ihrer Sicht sei eine Referentenaudienz wenig zielführend, sie sehe keine Möglichkeit des Entgegenkommens.

E. 17

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien in den Rechtsschriften und auf die eingereichten Beweismittel wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Vorneweg werden zunächst die formellrechtlichen Fragen geklärt.

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