

Die zivilrechtliche Haftung des Geburtshelfers

The Civil Liability of Obstetricians

Autoren

R. Uphoff, J. Hindemith

Institut

Kanzlei für Geburtsschadensrecht und Arzthaftung, Bonn

Schlüsselwörter

- Zunahme der zivilrechtlichen Klagen in Geburtsschadensfällen
- Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe
- Haftungsgründe
- Behandlungsfehler
- Aufklärungsfehler
- Management kritischer Situationen

Keywords

- increase of civil claims for birth damages
- paradigm change in obstetrics
- grounds for liability
- treatment errors
- errors of information
- management of critical situations

eingereicht 06.06.2011

angenommen 12.08.2011

nach Überarbeitung

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1287860>
 Z Geburtsh Neonatol 2011; 215: 223–229
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0948-2393

Korrespondenzadresse

Dr. Roland Uphoff, M.Med.
 Heinrich-von-Kleist-Straße.4
 53113 Bonn
 Tel.: +49/0228/538948 8
 Fax: +49/0228/538948 7
 mail@uphoff.de

Zusammenfassung

Die Zahl der geburtsassoziierten mütterlichen und kindlichen Todesfälle hat heute in Deutschland einen historischen Tiefststand erreicht. Dennoch hat die Zahl der aus Geburtskomplikationen herrührenden Schadensersatzklagen kontinuierlich zugenommen. Es werden Gründe analysiert, die dieses auf den ersten Blick paradoxe Phänomen erklären können.

Der derzeitige Stand der Rechtsprechung zum Geburtsschadenrecht wird in den Grundzügen dargestellt. Es wird das rechtliche Instrumentarium vorgestellt, dessen sich die Gerichte bei der Entscheidung über Geburtsschadensfälle bedienen. Das Zusammenspiel der Haftungsgründe wird anhand 5 häufiger vorkommender kritischer geburtshilflicher Situationen (intrauterine Asphyxie, vorzeitiger Blasensprung, Frühgeburtsgefahr, intrauterine Wachstumsreduktion, Geburt eines deprimierten Kindes) aufgezeigt.

Aus der Analyse gerichtlicher Entscheidungen zu den Haftungsfragen, die aus einem objektiven Fehlschlag des geburtshilflichen Managements in kritischen Situationen resultieren, lassen sich 4 generell geltende Erfahrungsregeln ableiten, deren Beachtung die Zahl von Patientenklagen deutlich senken könnte. Die Funktion der zivilrechtlichen Rechtsprechung als einer notwendigen Kontrollinstanz wird positiv gewürdigt.

Gründe für die Zunahme von Arzthaftungsfällen

Die Zahl der geburtsassoziierten mütterlichen und kindlichen Todesfälle hat in Deutschland, wie auch in den meisten anderen westlichen Industrienationen, einen historischen Tiefststand erreicht [1]. Dennoch hat die Zahl der Arzthaftungsfälle, speziell auf dem Gebiet der Geburtshilfe, in den letzten Jahren kontinuierlich zuge-

Abstract

The number of maternal and child deaths associated with delivery in Germany has reached a historically low level. Even so, the number of claims for damages arising from birth complications is continuously increasing. The reasons for this apparent paradox are analysed in the present contribution.

Basic principles of the present situation concerning legal precedents with regard to birth damages are illustrated. The legal instrumentarium which the courts use to reach their decisions is presented. The interactions of the reasons for liability are demonstrated for the five most frequently occurring critical obstetric situations (intrauterine asphyxia, premature amniorrhexis, danger of premature birth, intrauterine growth retardation, birth of a depressed child).

From an analysis of court decisions on liability questions that result from an objective failure of obstetric management in critical situations, four general empirical rules can be derived and observation of these rules could markedly reduce the number of patient claims. The function of civil court rulings as a necessary control instance is positively accepted.

nommen. Dieses Phänomen bedarf der Erklärung.

I. Es sind insoweit kulturkritische Betrachtungen angestellt worden, die die Ursache für die Zunahme der Arzthaftungsfälle im Wesentlichen bei den Patienten sehen, nämlich in einer heute weit verbreiteten Tendenz, allgemeine Lebensrisiken nicht mehr als solche zu akzeptieren. Der Philosoph Odo Marquard hat hierfür in einem Vortrag

vor dem deutschen Anästhesiekongress im Jahre 1989 [2] eine plastische Formulierung gefunden: „Wir leben im Zeitalter der übermäßigen, nämlich der absoluten Ansprüche: und absolute Ansprüche – auch und gerade die an die Medizin – können nur enttäuscht werden“.

Marquard entdeckt in der modernen Gesellschaft das von ihm so bezeichnete Prinzessin-auf-der-Erbse-Syndrom. Je besser es den Menschen gehe, desto schlechter fänden sie das, wodurch es ihnen besser gehe. Je mehr Krankheiten die Medizin besiege, desto stärker werde die Neigung, die Medizin selber zur Krankheit zu erklären; je mehr Unheil durch ihre Fortschritte gelindert werde, desto mehr würden ihre Fortschritte selbst als Unheil erfahren. So betrachtet wäre also die Zunahme der Arzthaftungsfälle das Symptom einer gesellschaftlichen Krankheit.

II. Will man in eine derartige Kulturkritik nicht unbesehen einstimmen, sie zumindest kritisch reflektieren, so bedarf es der Herausarbeitung der unmittelbaren Gründe, die für die Zunahme der Arzthaftungsfälle verantwortlich sind. Diese Gründe liegen für den anwaltlichen Praktiker auf der Hand:

1. Sicherlich sind zu allen Zeiten Ärzten Fehler mit schwerwiegenden Folgen unterlaufen, zu früheren Zeiten eher mehr als heute. Aus Patientensicht musste jedoch früher die Erhebung von Klagen wegen solcher Fehler als fast aussichtslos angesehen werden. Insoweit ist ein grundlegender und unumkehrbarer Wandel eingetreten.

Hierfür ist zum einen maßgeblich, dass der Standard der ärztlichen Behandlung, d.h. der Maßstab, an dem sich jede Behandlung messen lassen muss, heute auf allen Gebieten viel schärfer definiert ist als früher. Anders ausgedrückt: Ein wesentliches Ergebnis des medizinischen Fortschritts besteht auch darin, dass die dem Arzt zur Verfügung stehenden Ermessensspielräume erheblich geschrumpft sind. Was unter guter ärztlicher Praxis zu verstehen ist, ist heute in einer Vielzahl von Behandlungsrichtlinien festgeschrieben. Weicht ein Arzt von diesem Standard ab, so ist er zumindest gehalten, hierfür eine plausible Begründung zu geben [3].

2. Zum anderen ist in der Gesellschaft medizinisches Wissen heute viel weiter verbreitet als in früheren Zeiten. Die Medizin ist keine Geheimwissenschaft mehr, der es möglich wäre, sich durch Gebrauch für Laien unverständlicher Termini von der Gesellschaft abzuschotten. Auch Laien ist heute medizinisches Wissen zugänglich. Dafür hat in letzter Zeit insbesondere das Internet gesorgt.

3. Eine moderne Entwicklung stellt die Bildung von Patientenschutzorganisationen dar, die in der Lage sind, Patienten Hinweise auf die von ihnen zu beschreitenden Wege zu geben. Ferner ist die Beschaffung von Privatgutachten – früher häufig ein aussichtsloses Unterfangen – heute viel einfacher geworden. Keinesfalls vergessen darf man in diesem Zusammenhang auch die Rolle der Rechtsschutzversicherungen. Rechtsstreitigkeiten, in denen es um hohe Streitwerte geht, können für den Kläger, wenn er am Ende unterliegt, ruinös sein. Die Existenz von Rechtsschutzversicherungen, die Patienten das Kostenrisiko abnehmen, macht es möglich, Prozessrisiken einzugehen, die früher als völlig untragbar eingeschätzt werden mussten. Die Erfolgchancen von Arzthaftungsprozessen haben sich also erheblich verbessert; das erklärt jedenfalls zu einem wesentlichen Teil ihre Zunahme.

III. Richtig bleibt allerdings Marquards hellsichtige Feststellung, dass in der Gesellschaft zunehmend weniger Bereitschaft beste-

he, die aus einer ärztlichen Behandlung resultierenden Risiken ebenso wie das allgegenwärtige Krankheitsrisiko als hinzunehmendes Schicksal zu akzeptieren. Wie dieses Phänomen zu bewerten ist, ist damit freilich noch nicht ausgemacht. Hierauf ist zurückzukommen.

Zum sog. Paradigmenwechsel im Bereich der Geburtshilfe

I. Die Geburt per vias naturales ist ein natürlicher, aber für Mutter und Kind gefährvoller Vorgang. Romanen und Biografien des 19., aber auch noch des beginnenden 20. Jahrhunderts kann man entnehmen, wie häufig in noch gar nicht lange zurückliegender Zeit mütterliche Todesfälle unter der Geburt vorkamen. Der Tod eines Kindes unter oder unmittelbar nach der Geburt war wohl eher noch häufiger. Ein wesentlicher Grund dafür, dass sich dies gänzlich geändert hat, ergibt sich aus dem Siegeszug der Sektio. Sie ist von einem Ausnahmefall, den Geburtshelfer mit allen Mitteln zu vermeiden versuchten, zu einer vom Arzt nicht mehr besonders gefürchteten Routineoperation geworden. Die Risiken einer primären, d.h. von vornherein geplanten Schnittentbindung sind (jedenfalls bei der Erstsektio) nach heutigem Stand nicht höher als die einer vaginalen Geburt [4]. Damit sollen die Risiken der Sektio für Mutter und Kind nicht klein geredet werden. Solche Risiken bestehen durchaus, und zwar insbesondere bei Geburten nach vorausgegangener Sektio [5]. Entscheidend für die Etablierung der Schnittentbindung als geburtshilflicher Routineoperation war jedoch, dass sie in einer Vielzahl von Behandlungssituationen, die früher nur mit Schwierigkeiten und unter Inkaufnahme hoher Schädigungsraten beherrscht werden konnten, einen rasch zu beschreitenden und fast immer erfolgreichen Ausweg bietet.

II. Es ist trotz aller Bemühungen bisher nicht gelungen, die prozentuale Quote der Frühgeburten, bezogen auf die Zahl aller Geburtsfälle, wesentlich herabzudrücken. In Deutschland und den meisten westlichen europäischen Ländern beträgt die Frühgeburtslichkeit nach wie vor zwischen 7 und 8% aller Geburten [6]. Dies gilt, obwohl es durchaus Maßnahmen der primären und sekundären Prävention von Frühgeburtsbestrebungen gibt, deren Wirksamkeit erwiesen ist [7]. Man nimmt an, dass hierfür auch demografische und gesellschaftliche Gründe eine Rolle spielen, vor allem das ansteigende Alter von Schwangeren [8].

Die enormen Fortschritte, die auf dem Gebiet der Neugeborenenintensivmedizin erzielt worden sind [9], haben jedoch auch hinsichtlich der Frühgeburtsgefahr zu einer anderen Betrachtungsweise geführt. Während früher das Bemühen, den Eintritt einer Frühgeburt zu verhindern, ganz im Vordergrund stand, und zwar auch unter Inkaufnahme des Risikos eines intrauterinen Absterbens des Feten, wird heute, wenn eine Befreiung des Kindes aus bedrängter Lage durch Sektio in Betracht kommt, eine Abwägung vorgenommen, in der die Frühgeburtslichkeit eines von mehreren Abwägungskriterien darstellt.

III. Klassischer geburtshilflicher Strategie entsprach es, in den Fällen, in denen eine Erhöhung des mütterlichen Risikos mit einer Senkung des fetalen Risikos korrespondierte, dem mütterlichen Wohl generell den Vorzug zu geben. Auch insoweit ist ein grundlegender Wandel eingetreten, der wohl auch mit der demografischen Situation zu tun hat. Die sichere Wirksamkeit der heute in Gebrauch befindlichen Empfängnisverhütungsmittel

hat im Zusammenhang mit der gesetzgeberischen Entscheidung zur Fristenlösung bei der Abtreibung dazu geführt, dass tendenziell heute fast jedes Kind ein Wunschkind ist. Zugleich hat die Zahl der jährlichen Geburten drastisch abgenommen. Das hat dazu geführt, dass ein neues Bewusstsein für die Kostbarkeit des kindlichen Lebens entstanden ist.

IV. Dieser gewandelten Situation hat die Rechtsprechung Rechnung getragen. Geht es um vom Geburtshelfer zu treffende Abwägungsentscheidungen, z.B. um die Entscheidung, ob wegen dem ungeborenen Kind drohender Risiken eine Sektio vorgenommen werden soll, so liegt die Letztentscheidung nicht mehr beim Geburtshelfer, sondern bei der Gebärenden [10]. Der Bundesgerichtshof sieht die Abwägung von mütterlichen gegen kindliche Risiken als eine Wertentscheidung an, die der Mutter nicht aus der Hand genommen werden dürfe. Hieraus folgt, dass, wenn die Vornahme einer Sektio zur Diskussion steht, die Gebärende über das Bestehen einer Behandlungsalternative aufzuklären und ihre Entscheidung einzuholen ist. An die Stelle der ärztlichen ist die mütterliche Autonomie getreten [11].

V. Man kann also feststellen, dass sich im Bereich der Geburtshilfe aus einer Mehrzahl von Gründen ein Wandel vollzogen hat, der zwangsläufig in Abwägungssituationen zu neuen Gewichtungen führen musste. Ein Geburtshelfer, der in einer Situation, in der unterschiedliche Behandlungsoptionen bestehen, die mütterliche Autonomie nicht respektiert, wird durchweg einen Haftungsfall auslösen, wenn eine von ihm über den Kopf der Mutter hinweg getroffene Entscheidung zum Eintritt eines Schadens führt. Dabei geht es in der Praxis so gut wie immer um einen Schaden des Kindes.

Zur Typologie ärztlicher Behandlungsfehler



I. Allgemein gesprochen versteht man unter einem ärztlichen Behandlungsfehler ein Abweichen vom ärztlichen Standard, d. h. von der in der jeweiligen Situation gebotenen guten ärztlichen Praxis. In der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und der Instanzgerichte haben sich Typen von häufiger in unterschiedlicher Gestalt wiederkehrenden Behandlungsfehlern herausgebildet. Diese Typologie ist nicht nur für den Juristen von Interesse, sondern gerade auch für den Arzt, weil sich aus ihr ableiten lässt, wo die ihm drohenden Haftungsgefahren lauern. Es soll hier keine vollständige Übersicht gegeben werden. Erörtert werden vielmehr nur die Behandlungsfehlergruppen, die in der geburtshilflichen Praxis eine größere Rolle spielen [12]. Man unterscheidet im Allgemeinen:

- ▶ Diagnosefehler,
- ▶ Befunderhebungsfehler, d. h. die Unterlassung der Erhebung gebotener Sicherungs- und Kontrollbefunde,
- ▶ Therapiefehler,
- ▶ das Übernahmeverschulden,
- ▶ Organisationsfehler und
- ▶ Koordinationsfehler.

II. Zu diesen Behandlungsfehlergruppen sind einige erklärende Vorbemerkungen erforderlich:

Diagnosefehler treten in ihrer Bedeutung im Arzthaftungsprozess weitgehend zurück. Der Bundesgerichtshof lastet die objektive Fehlerhaftigkeit einer Diagnose dem Arzt dann nicht als vorwerfbar an, wenn es sich um eine in der gegebenen Situation

vertretbare Deutung der Befunde handelt [13]. Ein grober Diagnosefehler liegt nur in einer Fehlinterpretation eines Befundes, die elementar falsch und aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint und einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen durfte [14]. Solche Fälle kommen nicht häufig vor. Viel häufiger und von zentraler Bedeutung, speziell in Rechtsstreitigkeiten wegen geburtshilflicher Behandlungsfehler, ist demgegenüber der Fall, dass es unterlassen wird, in unklaren Situationen notwendige Befunde zu erheben [15].

Ein Übernahmeverschulden liegt vor, wenn ein Arzt oder ein Krankenhaus eine Behandlung übernehmen, von der sie wissen oder bei zumutbarer Sorgfalt wissen müssen, dass sie durch diese Behandlung überfordert sind [16]. Die Annahme eine Übernahmeverschuldens liegt insbesondere dann nahe, wenn ein Krankenhaus oder erst recht ein von Hebammen betriebenes Geburtshaus für die Behandlung bestimmter Geburtsfälle, insbesondere die Behandlung von Risikogeburten, nicht eingerichtet sind, weil sie die in solchen Fällen möglichen Komplikationen im Hinblick auf ihre personelle oder apparative Ausstattung nicht bewältigen können.

Auf Besonderheiten anderer Behandlungsfehlertypen wird im Rahmen der nachstehenden Erörterung typischer geburtshilflicher Risikosituationen eingegangen.

III. Für den Arzthaftungsprozess ist charakteristisch, dass der Patient sehr häufig den Beweis für einen Kausalzusammenhang zwischen einem dem Arzt angelasteten Behandlungsfehler und dem Schadenseintritt nicht führen kann. Nach allgemeinen Regeln liegt die Beweislast für diesen Kausalzusammenhang beim Patienten. Die Rechtsprechung hat jedoch im Wege richterlicher Rechtsfortbildung Konstellationen herausgearbeitet, in denen dem Patienten insoweit eine Beweislastumkehr zugute kommt. Sie kann dem Arzt in zahlreichen Fällen gefährlich werden:

Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers

Unter einem groben Behandlungsfehler versteht man nach einer inzwischen vom Bundesgerichtshof ständig benutzten Definition einen Behandlungsfehler, der darin besteht, dass der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und dadurch einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf [17].

Es wird in der Literatur allgemein beklagt, dass diese Definition unscharf sei [18]. Ob ein grober Behandlungsfehler vorliegt, entscheidet das Gericht. Nach feststehender Rechtsprechung muss es dem von ihm herangezogenen Sachverständigen die begrifflichen Merkmale des groben Behandlungsfehlers vorgeben und ihn befragen, ob er diese Merkmale im konkreten Fall als gegeben ansieht.

Die anwaltliche Praxis lehrt, dass beide Parteien, also nicht nur der Kläger, sich, wenn es um die Frage des Vorliegens oder Fehlens eines groben Behandlungsfehlers geht, in einer glücksspielähnlichen Situation befinden. Ob ein als solcher feststehender Behandlungsfehler als grob bewertet wird, ist oft kaum vorhersehbar. Das bedeutet für den Patienten, dass er in Fällen, in denen ihm nur eine Beweislastumkehr in der Kausalitätsfrage zum Erfolg verhelfen kann, sich eines Prozesserfolgs niemals sicher sein kann. Umgekehrt gilt aber auch für den Arzt, dass er sich niemals sicher sein kann, dass ein ihm anzulastender Behandlungsfehler eine minder schwere Beurteilung erfährt.

Generell kann man sagen, dass in den Fällen, in denen eine ärztliche Entscheidung, obgleich bei objektiver Betrachtung falsch, noch in irgendeiner Weise verständlich und nachvollziehbar erscheint, die Gerichte mit dem Verdikt „grob“ sehr sparsam umgehen. Hingegen werden Organisationsfehler, Koordinationsfehler und Übernahmefehler, wenn sie, wie das leider häufig vorkommt, in die Schwerstschädigung eines Kindes einmünden, streng beurteilt [19].

Unterlassene Befunderhebung

Hat ein Arzt es unterlassen, einen notwendigen Befund zu erheben, und bleibt deswegen ungewiss, was die fehlerhaft unterbliebene Untersuchung ergeben hätte, so erscheint es unerträglich, dem Patienten die Beweislast aufzubürden. Die Rechtsprechung hat insoweit ein differenziertes tatbestandliches System entwickelt, das in sehr vielen Fällen zu einer Beweislastumkehr zugunsten des Patienten in der Kausalitätsfrage führt [20]. Es muss zunächst die Erhebung eines Befundes unterblieben sein, die unbedingt und zweifelsfrei geboten war. Es muss ferner hinreichend (nach einer Reihe oberlandesgerichtlicher Entscheidungen überwiegend) wahrscheinlich sein, dass die unterbliebene Untersuchung einen medizinisch positiven, d. h. reaktionspflichtigen Befund ergeben hätte. Ferner fordert die Rechtsprechung, dass die Unterlassung der Reaktion auf einen derartigen Befund nur durch einen groben Behandlungsfehler zu erklären wäre. Tatsächlich lehrt die Praxis, dass diese vom Bundesgerichtshof entwickelten, zunächst sehr streng anmutenden Voraussetzungen in concreto gar nicht selten gegeben sind. Damit muss der behandelnde Arzt rechnen. Die Unterlassung der Erhebung gebotener Befunde ist demgemäß neben dem groben Behandlungsfehler einer der Hauptgründe für Verurteilungen von Ärzten und Krankenhäusern zur Leistung von Schadensersatz.

Verletzung der Befundsicherungspflicht

Insoweit geht es im Allgemeinen darum, dass Röntgenbilder, im geburtshilflichen Bereich noch viel häufiger Ultraschallbilder, Laborbefunde, häufiger auch die von einem Blutanalysegerät ausgeworfenen Messstreifen in der Sphäre des Arztes verschwunden sind oder dass die Ergebnisse von Untersuchungen, die tatsächlich stattgefunden haben, nicht notiert worden sind. Bleibt in solchen Fällen das Untersuchungsergebnis streitig, so gehen die Zweifel zulasten des Arztes bzw. Krankenhauses [21].

Dokumentationsfehler

Ein Dokumentationsfehler ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs kein Behandlungsfehler. Aus ihm ergibt sich keine eigenständige Anspruchsgrundlage. Ärztliche Dokumentationsfehler begründen jedoch in vielfacher Hinsicht Vermutungen zugunsten des Patienten, die vom behandelnden Arzt nicht widerlegt werden können. Ist eine bestimmte Untersuchung nicht dokumentiert und war die Untersuchung notwendig, so leitet die Rechtsprechung aus dem Fehlen einer Dokumentation die Vermutung ab, dass die betreffende Untersuchung nicht stattgefunden habe. Die Unterlassung dieser Untersuchung kann dann als Behandlungsfehler (Befunderhebungsfehler) gewertet werden [22].

Anfängerbehandlung

Unter dem ärztlichen Standard, d. h. dem Standard der guten ärztlichen Praxis, versteht man den Facharztstandard. Der Patient hat Anspruch darauf, nach fachärztlichem Standard behandelt zu werden. Im Bereich von geburtshilflichen Kliniken finden

jedoch vielfach Delegationen, d. h. Behandlungen durch Nicht-fachärzte statt, sei es durch Hebammen, sei es durch Assistenzärzte ohne Facharztstatus. Diese Delegationen sind jedoch nur solange zulässig, wie die Geburt einen komplikationsfreien Verlauf nimmt. Der Bundesgerichtshof verlangt allerdings in feststehender Rechtsprechung von einem Assistenzarzt nicht die formelle Facharztqualifikation. Wurde aber eine Gebärende im kritischen Zeitraum des Geburtsvorgangs durch einen Nicht-facharzt behandelt, so muss die Behandlungsseite beweisen, dass der betreffende Assistenzarzt nach seinem Ausbildungs- und Erfahrungsstand bereits über das Können eines Facharztes verfügte [23].

Was Hebammen anlangt, so sind die Maßstäbe der Rechtsprechung noch strenger. Die Hebamme darf zwar eine normale, komplikationsfreie Geburt beaufsichtigen und leiten. Zeigen sich jedoch Risiken, so besteht die wesentliche Verpflichtung einer Hebamme darin, einen Facharzt sofort herbeizurufen. Ihre Kompetenz endet mit dem Eintritt geburtshilflicher Komplikationen [24].

Wird dies nicht beachtet und bleiben deshalb Assistenzarzt oder Hebamme in einer kritischen Situation auf sich allein gestellt, so liegt eine Anfängerbehandlung vor. Die Rechtsprechung verlangt in diesen Fällen von der Behandlungsseite den Beweis, dass sich die fehlende Qualifikation des Assistenzarztes und/oder der Hebamme nicht in der Schädigung des Kindes niedergeschlagen habe [25].

Organisationsmangel

Ein Organisationsmangel liegt demgegenüber vor, wenn Hebamme oder Nicht-Facharzt, obwohl sie sich hierum bemüht haben, keinen Facharzt hinzuziehen konnten, weil dieser nicht oder nicht in ausreichender Zeit erreichbar war (kein Hintergrunddienst). Dieser Organisationsmangel wird dem Klinikträger angelastet [26].

Hieraus ergibt sich, dass in den gar nicht seltenen Fällen, in denen – auch in großen Krankenhäusern – zur kritischen Zeit im Kreißsaal ein Facharzt nicht zur Stelle war, sodass Hebamme und/oder Assistenzarzt auf sich selbst gestellt waren, die Haftung des Klinikträgers für in dieser Situation eingetretene Schädigungen des Kindes fast unvermeidlich wird, wenn die Situation vorhersehbar war.

Aufklärungsfehler



I. Die Rechtsprechung schon des Reichsgerichts zum Aufklärungsfehler, die dann der Bundesgerichtshof übernommen hat, passt bei genauer Betrachtung nicht auf die geburtshilfliche Behandlung. Ausgangspunkt dieser Rechtsprechung war bekanntlich, dass das Reichsgericht auch die kunstgerechte Operation tatbestandlich als Körperverletzung wertete, deren Rechtswidrigkeit nur durch eine wirksame Einwilligung des Patienten ausgeschlossen wurde. Wirksam war diese Einwilligung jedoch nur, sofern der Patient über die mit der Operation verbundenen Risiken aufgeklärt worden war (Theorie des informed consent). Die Begleitung einer Geburt durch den Arzt kann auch im weitesten Sinne nicht als Körperverletzung verstanden werden. Nach feststehender Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist der Patient jedoch auch über Behandlungsalternativen aufzuklären. Diese Aufklärung ist im geburtshilflichen Bereich von erheblicher Bedeutung.

II. Die in der Praxis die größte Rolle spielende Behandlungsalternative ist die Sektio im Verhältnis zur vaginalen Entbindung. Eine Aufklärung über die Schnittentbindung als Behandlungsalternative schuldet der Arzt nach einer vom Bundesgerichtshof ständig verwendeten Formulierung, wenn für den Fall, dass die Geburt vaginal erfolgt, für das Kind ernstzunehmende Gefahren drohen, daher im Interesse des Kindes gewichtige Gründe für eine Schnittentbindung sprechen und diese unter Berücksichtigung auch der Konstitution und der Befindlichkeit der Mutter in der konkreten Situation eine medizinisch verantwortbare Alternative darstellt [27].

Die Aufklärung der Mutter muss dabei bereits zu einem Zeitpunkt vorgenommen werden, zu dem sich die Mutter in einem Zustand befindet, in dem die Problematik noch mit ihr besprochen werden kann, d. h., sobald deutliche Anzeichen für ein bereits bestehendes oder drohendes Risiko einer vaginalen Entbindung aufgetreten sind.

Diese Konstellation spielt in geburtshilflichen Fällen eine kaum zu überschätzende Rolle. Viele Geburtshelfer entwickeln nämlich einen erheblichen Ehrgeiz in der Richtung, die Sektiorate in ihren Krankenhäusern niedrig zu halten und eine vaginale Geburt auch dann zustande zu bringen, wenn von vornherein ersichtlich ist, dass sie unter Risiken steht. Stellt aber in solchen Fällen die Schnittentbindung eine Behandlungsalternative dar, so muss der Geburtsmodus mit der Mutter besprochen werden. Trifft der Geburtshelfer eine eigenmächtige, „einsame“ Entscheidung, so liegt ein Aufklärungsfehler vor.

Ganz Entsprechendes gilt, wenn unter der Geburt eine Situation auftritt, die die Sektio zur Behandlungsalternative macht. Auch in dieser Situation ist der geburtsleitende Arzt verpflichtet, die Gebärende an der Entscheidung über das weitere Vorgehen zu beteiligen. Ein Geburtshelfer, der dies versäumt, muss wissen, dass er, wenn es infolge seiner Entscheidung zu einer Schädigung des Kindes kommt, für diese haftet.

Will der geburtsleitende Arzt die Schwangere korrekt über das Bestehen einer Behandlungsalternative aufklären, so muss dies in Form eines Gesprächs erfolgen, in dem der Schwangeren Chancen und Risiken der zur Wahl stehenden Entbindungsmethoden kurz und laienverständlich erläutert werden. Die Schwangere muss, wie der BGH formuliert, über die „Stoßrichtung“ der in Betracht kommenden Risiken aufgeklärt werden [28]. Die Übergabe eines Merkblattes o. ä. ersetzt ein Aufklärungsgespräch nicht [29].

Der Arzt tut jedoch gut daran, das Aufklärungsgespräch schriftlich zu dokumentieren oder auf andere Weise, z. B. durch Hinzuziehung von Zeugen, beweisbar zu machen. Ihn trifft nämlich nach feststehender Rechtsprechung die Beweislast für eine korrekte Aufklärung [30].

III. Aufzuklären ist die Gebärende auch in dem Fall, dass sich – häufig im letzten Stadium der Geburt – eine Situation ergibt, in der der Geburtshelfer eine Beschleunigung der Geburt für notwendig hält, jedoch vor der Wahl zwischen der Schnittentbindung und den beiden Formen der vaginaloperativen Entbindung steht. Dies gilt nur dann nicht, wenn im konkreten Fall die Sektio als Behandlungsalternative ausscheidet, weil sie im Vergleich zur vaginaloperativen Entbindung zuviel Zeit in Anspruch nehmen würde.

Typische geburtshilfliche Risikofälle und ihre Behandlung durch die Rechtsprechung



Das Zusammenspiel der vorstehend aufgezeigten Haftungsgrundlagen soll nachstehend anhand der Erörterung einiger typischer geburtshilflicher Risikosituationen konkretisiert werden. Wir haben dabei – ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit – Risikosituationen ausgewählt, die in der gerichtlichen Praxis häufiger eine Rolle spielen:

Intrauterine Asphyxie

Aus einer Vielzahl von Gründen kann es unter der Geburt zur Entstehung von Sauerstoffmangelzuständen des Feten kommen, die, wenn die abwartende Strategie nicht rechtzeitig durch eine aktive, auf rasche Geburtsbeendigung abzielende Strategie ersetzt wird, in Schwerstschädigungen des Kindes, insbesondere eine hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) einmünden können. Diese bei jeder Geburt bestehende Gefahr ist der Grund dafür, dass heute der Geburtsverlauf durchweg mittels CTG überwacht wird. Nach der einschlägigen Behandlungsrichtlinie begründet es keinen Fehler, wenn bei Geburten, die sich nicht als Risikogeburten darstellen, die CTG-Schreibung intermittierend erfolgt. Bei Risikogeburten ist eine durchgängige CTG-Schreibung geboten. Erst recht ist in der für das Schicksal des Feten häufig entscheidenden Austreibungsperiode eine durchgehende CTG-Schreibung unbedingt notwendig. Wird auf sie verzichtet, so liegt hierin ein Befunderhebungsfehler.

Als grober Befunderhebungsfehler wird es angesehen, wenn – bei intermittierender CTG-Schreibung – die Aufzeichnung zu einem Zeitpunkt abgebrochen wird, zu dem die fetale Herzfrequenzkurve (FHF) pathologische oder suspektere Merkmale aufweist [31].

Häufig wird im Kreißsaal bei Eintritt einer solchen Situation nur eine Hebamme die Geburt begleiten. Die Rechtsprechung verlangt von ihr, dass sie pathologische oder suspektere Merkmale der FHF erkennt und dann ohne jeden Verzug einen Facharzt benachrichtigt. Die Entscheidung, wie in der kritischen Situation weiter vorzugehen ist, liegt nicht bei der Hebamme, sondern beim Arzt [32]. Die Hebamme darf in der geschilderten Situation bis zum Erscheinen des Arztes nur solche Maßnahmen treffen, die unaufschiebbar sind.

In diesem Bereich werden in der Praxis häufig Fehler begangen. Sie können ihren Grund darin haben, dass die Hebamme die CTG-Aufzeichnungen nicht engmaschig genug beobachtet oder suspektere/pathologische Merkmale der FHF nicht erkennt oder einen Arzt erst mit erheblicher Verspätung ruft oder, statt sofort einen Arzt zu rufen, zunächst Maßnahmen trifft, die ihr sachgemäß erscheinen (z. B. Umlagerung der Schwangeren) und den Arzt benachrichtigt, sobald sich zeigt, dass diese Maßnahmen keinen Erfolg haben. In derartigen Fällen wird durchweg das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, je nach den Umständen auch eines groben Behandlungsfehlers, angenommen.

Eine weitere Quelle möglicher Fehler besteht darin, dass die in der gegebenen Situation notwendigen Entscheidungen mit erheblicher Verzögerung getroffen werden. Bekanntlich hat das CTG zwar eine hohe Sensitivität, jedoch eine viel geringere Spezifität. Aus dem Auftauchen suspekter oder pathologischer Merkmale der FHF kann also noch kein sicherer Schluss darauf gezogen werden, dass der Fetus sich bereits in einer akut bedrohten Lage befindet, aus der er schnellstmöglich befreit werden muss. In diesen Fällen ist durchweg eine fetale Skalpblutanalyse erforderlich, die nur wenig Zeit (rund 5 min) in Anspruch

nimmt und dem Geburtshelfer eine sichere Information über den aktuellen Zustand des Kindes zurzeit der Blutentnahme liefert.

Die Rechtsprechung sieht die Unterlassung einer Mikroblutuntersuchung, sofern sie möglich und geboten ist, als Befunderhebungsfehler an [33].

Ist im Hinblick auf den Stand der Geburt eine Mikroblutuntersuchung nicht möglich oder stellt sich die Lage des Kindes als so bedrohlich dar, dass diese Untersuchung wegen des mit ihr verbundenen Zeitverlustes untunlich ist, so erzwingt ein pathologisches CTG die schnellstmögliche Geburtsbeendigung, regelmäßig also eine Sektio. Die Verzögerung des Entschlusses zur Notsektio wird, sofern sie bei pathologischer Beschaffenheit des CTG unumgänglich ist, als grober Behandlungsfehler gewertet [34].

Entscheidet sich der Geburtshelfer zur Notsektio, so muss nach einer seit Langem geltenden Behandlungsrichtlinie eine E-E-Zeit (Entschluss-Entwicklungs-Zeit) von 20 min eingehalten werden. In spezialisierten Kliniken kann diese Zeit weit unterboten werden. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung haben jedoch mitunter Schwierigkeiten, eine E-E-Zeit von 20 min einzuhalten. Bislang werden von der Rechtsprechung geringfügige Überschreitungen der E-E-Zeit von einigen wenigen Minuten noch toleriert. Längere Überschreitungen werden hingegen durchweg als grobe Behandlungsfehler gewertet. Es lässt sich beobachten, dass die Rechtsprechung in diesem Punkt zunehmend strenger wird [35].

Vorzeitiger Blasensprung

Der vorzeitige, d. h. vor Einsetzen regelmäßiger Wehen erfolgende Blasensprung begründet sowohl für die Mutter als auch das Kind eine erhebliche Infektionsgefahr. Ein Amnioninfektionssyndrom (AIS) kann auf mehreren Wegen zu Schwerstschädigungen des Kindes führen. Insbesondere kann, wie inzwischen bekannt ist, ein AIS die Entstehung einer periventrikulären Leukomalazie (PVL) des Kindes triggern. Abzuwägen ist in dieser Situation zwischen einer abwartenden (haltenden) und einer aktiven, d. h. auf schnellstmögliche Herbeiführung der Geburt gerichteten Behandlungsstrategie. Entscheidend ist dabei, dass der rechte Zeitpunkt des Überganges zur aktiven, geburtsbeendenden Strategie nicht verpasst werden darf. Keinesfalls darf bis zum Eintritt des Vollbildes eines AIS abgewartet werden. Solange der Geburtshelfer einer abwartenden Strategie folgt, bedarf es einer vorsorglichen Antibiose und einer engmaschigen Beobachtung der Entzündungsparameter. Der Verdacht auf das Vorliegen eines aufsteigenden AIS begründet nach der Rechtsprechung zumindest eine Indikation zur zügigen Sektio. Wird sie unterlassen oder hinausgeschoben, so ist in mehreren gerichtlichen Entscheidungen das Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers angenommen worden [36]. Die Unterlassung einer engmaschigen Beobachtung der Entzündungsparameter wird als Befunderhebungsfehler gewertet [37].

Frühgeburtsgefahr

Obwohl es Fälle gibt, in denen es ohne jedes Anzeichen, d. h. aus völligem Wohlfinden der Mutter heraus, zu einer Frühgeburt kommt, entspricht es doch der Erfahrung, dass einer Frühgeburt in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle Prodromalsymptome vorausgehen. Im Vordergrund steht insoweit das Auftreten intermittierender vorzeitiger Wehen. Auch Veränderung an Zervix und Muttermund (vorzeitige Zervixreifung, Zervixverkürzung, beginnende Eröffnung des Muttermunds, sog. Trichterbildung) stellen Vorzeichen einer drohenden Frühgeburt dar. Die Erfah-

rung lehrt, dass sich Frühgeburtsbestrebungen im Allgemeinen nicht für längere Zeit aufhalten lassen. Es ist aber bei rechtzeitiger Erkennung von Frühgeburtsbestrebungen durchweg noch möglich, durch Tokolyse einen gewissen Zeitgewinn zu erzielen, der die Durchführung einer Lungenreifungsbehandlung möglich macht. Auch für diese Konstellation gilt, dass bei abwartender Strategie eine engmaschige Beobachtung der Schwangeren stattfinden muss, die meistens nur unter Krankenhausbedingungen möglich ist [38].

Intrauterine Wachstumsreduktion

Die intrauterine Wachstumsreduktion wird bei sonografischen Untersuchungen erkannt, die im Verdachtsfall unbedingt und zweifelsfrei geboten sind. Ihre Unterlassung begründet einen Befunderhebungsfehler. Überwiegend beruht die intrauterine Wachstumsreduktion (IUGR) auf einer uteroplazentaren Dysfunktion, oft in Assoziation mit einer Präeklampsie; daneben gibt es ein relativ breites Spektrum anderer Ursachen [39]. Es ist bekannt, dass der Fetus aufgrund spezifischer Abwehrmechanismen die in den IUGR-Fällen drohende gefährlichste Komplikation, die unzureichende Versorgung des Gehirns, über eine gewisse Zeitspanne durch sog. Kreislaufzentralisation kompensieren kann. Auch in diesem Fall ist also eine Abwägung zwischen einer die Schwangerschaftsdauer verlängernden, abwartenden und einer aktiv geburtsbeendenden Strategie notwendig. Entscheidend ist es, den Zeitpunkt, zu dem die Kompensationsmechanismen des Feten zu versagen beginnen, nicht zu versäumen. Dazu bedarf es, solange eine abwartende Strategie verfolgt wird, einer engmaschigen Beobachtung des Feten, wobei die Feststellung eines noch ausreichenden Blutflusses in bestimmten Arterien, die mittels Dopplersonografie möglich ist, weit im Vordergrund steht. Eine engmaschige Beobachtung des Feten wird regelmäßig nur unter Krankenhausbedingungen in ausreichendem Maße möglich sein. Die Unterlassung einer Krankenhauseinweisung wird demgemäß im Allgemeinen einen Therapiefehler darstellen, wobei es von den Umständen abhängt, ob er als grob zu werten ist. Die Unterlassung einer engmaschigen Überwachung des Feten mittels CTG und Dopplersonografie stellt einen Befunderhebungsfehler dar [40].

Geburt eines deprimierten Kindes

Ein mit deprimierten Vitalwerten geborenes Kind bedarf im Prinzip sofort ab der Geburt einer kompetenten ärztlichen, am besten neonatologischen Behandlung. In sehr vielen Fällen, insbesondere, wenn wegen fetaler Hypoxie eine Notsektio erforderlich wird, ist es vorhersehbar, dass das Kind sich nach der Geburt in einem deprimierten Zustand befinden wird. Es wird leider gar nicht selten versäumt, in diesen Fällen für die rechtzeitige Übernahme des Kindes in eine kompetente neonatologische Behandlung zu sorgen. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen eine Geburtsklinik der Grundversorgung nicht über die technischen Möglichkeiten zu einer neonatologischen Intensivbehandlung verfügt. Wie Feige formuliert, ist es absurd, Feten sub partu kontinuierlich zu überwachen, um dann deprimiert geborene Kinder nur diskontinuierlich, mit unzureichenden Methoden oder gar nicht mehr zu überwachen [41]. Es ist demgemäß notwendig, bei Anordnung einer Notsektio wegen fetaler Hypoxie zu dem Sektioeam auch alsbald einen kompetenten Arzt hinzuzuziehen, der das Kind unmittelbar nach der Geburt übernehmen und weiter behandeln, ggf. sofort in eine neonatologische Intensivstation überführen kann. Versäumnisse auf diesem Gebiet begründen den Vorwurf eines Behandlungsfehlers, der häufig als grob beurteilt werden wird [42].

Resümee

▼
In der geburtshilflichen Behandlung geht es selten um Erkennung und Management unbekannter Risiken. Die Erfahrung aus einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten, die wegen geburtshilflicher Katastrophen geführt wurden, lehrt, dass die dem Kind drohenden Risiken im Allgemeinen nicht nur erkennbar sind, sondern fast immer auch tatsächlich erkannt werden. Zu Haftungsprozessen kommt es regelmäßig immer dann, wenn das geburtshilfliche Management bekannter Risiken objektiv fehlgeschlagen ist, gegen ein Risiko also – aus rückschauender Betrachtung – nicht oder nicht rechtzeitig eingeschritten worden ist. Etwas verkürzt formuliert kann man sagen, dass die geburtshilfliche Behandlung so gut wie immer im Management bekannter Risiken besteht. Dieses Management muss vorausschauend erfolgen. Für ein solches Management lassen sich, wie die Erfahrung aus einer großen Zahl von Prozessen lehrt, folgende Regeln formulieren:

- ▶ Die abwartende (im Gegensatz zur aktiven, auf rasche Geburtsbeendigung gerichteten) Strategie ist immer die gefährlichere.
- ▶ Eine abwartende Strategie ohne engmaschige Überwachung des fetalen Zustands mit allen zur Verfügung stehenden diagnostischen Mitteln ist immer fehlerhaft.
- ▶ Der Zeitpunkt, zu dem ein Strategiewechsel spätestens erforderlich wird, lässt sich bei Sicht ex ante nicht sicher vorhersehen. Daraus ergibt sich die allgemeine Regel, diesen Zeitpunkt nicht abzuwarten, sondern den Strategiewechsel frühzeitig vorzunehmen. Wartet der Geburtshelfer bis zu dem Augenblick ab, in dem ihm eine sich zuspitzende Situation keine andere Wahl mehr lässt, so hat er sich durchweg zu spät entschieden.
- ▶ Vor allem muss der geburtsleitende Arzt an den von ihm zu treffenden Entscheidungen die Gebärende beteiligen. Die Erfahrung lehrt, dass typischerweise gerade solche Behandlungsfälle in Prozesse einmünden, in denen sich die Gebärende während der Behandlung nicht ernst genommen, zum Behandlungsobjekt degradiert und ihrer Autonomie beraubt fühlte.

Wenn es in solchen Fällen nach Geburt eines schwergeschädigten Kindes zu einem Rechtsstreit kommt, so darf sich hierüber niemand wundern.

Die Erfahrung zeigt überdies, dass gerade Eltern, insbesondere Mütter, die ihr Schicksal annehmen und ihr schwerstbehindertes Kind mit aller Liebe umgeben, die sie ihm spenden können, am energischsten sind, soweit es um die Verfolgung von Schadensersatzansprüchen geht. Abwertende „kulturkritische“ Beurteilungen einer solchen Haltung sind unangebracht. Die Gel-

tendmachung von Schadensersatzansprüchen wegen behaupteter ärztlicher Fehler hat vielmehr eine wesentliche, im Grunde sogar unverzichtbare gesellschaftliche Funktion. Sie dient – als notwendiger Kontrollmechanismus – der Aufrechterhaltung des ärztlichen Standards, auf dessen Einhaltung die Gesellschaft insgesamt angewiesen ist.

Literatur

- 1 Misselwitz in Rath/Gembruch/Schmidt, Geburtshilfe und Perinatalogie, 2. Aufl. 2011; S. 721, 724
- 2 Marquard Odo. Medizinerfolg und Medizinkritik. Gynäkologe 1989; 22: 339–342
- 3 Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 6. Aufl. 2010; S. 61 mit Nachweisen
- 4 Hickl Geburtshilfliche Rundschau. 2002; 42: 15–18
- 5 S. Schmidt in Rath/Gembruch/Schmidt (FN 1), S. 631
- 6 Beinder in Rath/Gembruch/Schmidt (FN 1), S. 519
- 7 Beinder (FN 6), S. 520 f
- 8 Beinder (FN 6), S. 519
- 9 Obladen/Maier, Neugeborenenintensivmedizin, 7. Aufl. 2006
- 10 BGH VersR 1993, 703 (ständige Rechtsprechung)
- 11 Uphoff, Aufklärung und Indikation zur Sectio, Festschrift der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht 2011; 287–307
- 12 Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 3. Aufl. 2010, 439 ff
- 13 OLG Frankfurt GesR 2009, 270; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 6. Aufl. 2009, 85
- 14 BGH VersR 2007, 541 (ständige Rechtsprechung)
- 15 BGH VersR 2004, 790; OLG Karlsruhe Arzthaftpflichtrechtsprechung (AHRS) III 6750/300 für die Mikroblutuntersuchung
- 16 OLG Hamm GesR 2006, 120, 123
- 17 BGH VersR 2007, 995
- 18 Katzenmeier in Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht. 6. Aufl. 2009, 396 f
- 19 Übersicht bei Geiß/Greiner (FN 13), 188–214
- 20 BGH VersR 2004, 790
- 21 BGH VersR 1996, 330
- 22 BGH VersR 1995, 706; VersR 1999, 1282
- 23 BGH VersR 1984, 60; OLG Düsseldorf VersR 2001, 460
- 24 OLG Oldenburg AHRS II, 3210/100; 3210/108; OLG Hamm AHRS II, 3210/109
- 25 BGH VersR 1993, 1231, 1233
- 26 BGH VersR 1996, 976; OLG Hamm VersR 1997, 1403
- 27 BGH VersR 1993, 703
- 28 BGH NJW 2006, 2108
- 29 Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 11. Aufl. S. 169
- 30 BGH NJW 1992, 741
- 31 OLG Hamm AHRS II, 2500/141
- 32 FN 24
- 33 OLG Koblenz VersR 2007, 396, 397; OLG Düsseldorf AHRS III 1955/314
- 34 OLG Schleswig VersR 94, 310; Übersicht bei Martis/Winkhart (FN 7), 780
- 35 vgl. Martis/Winkhart (FN 12), 780
- 36 OLG Hamm AHRS II 2500/198; OLG Oldenburg AHRS III 6565/309
- 37 OLG Düsseldorf AHRS II 2498/108
- 38 OLG Karlsruhe (Freiburg) AHRS II 6565/111
- 39 Berg/Geipel/Gembruch in Rath/Gembruch/Schmidt (FN1), S. 533
- 40 OLG München (Augsburg) AHRS III 1948/300; OLG Karlsruhe AHRS III 1952/302
- 41 Feige, Frauenheilkunde 2001, 426
- 42 OLG Hamm AHRS III 2505/306