

Redaktion

H.G. Bender, Düsseldorf
B. Neuroth, Düsseldorf
E. Schumann, Göttingen
A. Strauss, Kiel

Roland Uphoff

Bonn, Deutschland

Außerklinische Geburtshilfe derzeitiger Rechtszustand und Reformvorschläge

Die außerklinische Geburtshilfe ist nur in sehr engem Umfang und in engen Vorgaben rechtlich zulässig. Dabei dürfen die kindlichen und/oder mütterlichen Gefahren weder aus medizinrechtlicher noch medizinethischer Sicht unterschätzt werden. Gesetzgeberische Reformüberlegungen sind daher sinnvoll und notwendig.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die allermeisten Geburten (etwa 98 %) finden in Deutschland heute in Geburtskliniken statt. Es gibt nach wie vor eine gewisse Anzahl von Geburten außerhalb von Geburtskliniken. Ihre Zahl dürfte heute in der Größenordnung von etwa 16.000 jährlich liegen. Völlig exakte Zahlen stehen nicht zur Verfügung, weil Meldepflichten für Fälle außerklinischer Geburten nicht eingehalten werden. Zudem werden in aller Regel Geburten, die außerklinisch begonnen haben, bei denen sich dann jedoch unter der Behandlung die Notwendigkeit einer Verlegung der gebärenden Frau zeigt, nicht als außerklinische Geburten gewertet.

» Etwa 98 % der Geburten in Deutschland finden heute in Geburtskliniken statt

Naturgemäß kann es zu solchen Geburten ungeplant kommen. Etwas anderes gilt für die Fälle, in denen eine außerklinische Geburt aufgrund vertraglicher Ab-

sprachen mit einer Hebamme bzw. einem von Hebammen geleiteten Geburtshaus von vornherein geplant ist. In diesen Fällen entspricht es dem Wunsch der vor der Geburt stehenden Frau oder auch beider Elternteile, dass das Kind nicht in einer Geburtsklinik, sondern außerhalb, sei es also in der Wohnung der Schwangeren, sei es in einem von Hebammen geleiteten Geburtshaus, zur Welt gebracht wird.

Der schwangeren Frau steht grundsätzlich ein Wahlrecht zu, ob sie das Kind in einer Geburtsklinik oder außerhalb einer solchen Klinik unter geburtshilflichem Beistand von Hebammen zur Welt bringen will. Dieses Wahlrecht ist für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in § 24 f SGB V (Sozialgesetzbuch, Bd. V) ausdrücklich festgeschrieben.

Die Geburt im Rahmen einer stationären Aufnahme ist gem. § 24 f SGB V nur in Krankenhäusern zulässig. Zum Begriff des Krankenhauses gehört es, dass es unter ärztlicher Leitung steht.

Eine von Hebammen geleitete Einrichtung, ein sog. Geburtshaus, entspricht nicht den gesetzgeberischen Anforderungen an eine stationäre Einrichtung im Sinne des Gesetzes. Demgemäß hat das Bundessozialgericht unter der Geltung des früheren § 197 RVO (Reichsversicherungsordnung) entschieden, dass von Hebammen geleitete Geburtshäuser nicht als stationäre Einrichtungen im Sinne der damaligen Norm

verstanden werden können.¹ In der sozialrechtlichen Literatur wird die Auffassung vertreten, dass diese Rechtsprechung auch unter der Geltung des § 24 f SGB V fortgilt. Ganz entsprechende Regelungen bestehen auch im Bereich der privaten Krankenversicherung gemäß § 192 Absatz 1 VVG (Versicherungsvertragsgesetz), auch wenn sie weit weniger spezifiziert sind.

Aus rechtlicher Sicht ist festzustellen, dass stationäre Behandlungen von Frauen im Rahmen einer Entbindung in Geburtshäusern zwar nicht geradezu verboten sind; jedoch wird weder im Bereich der gesetzlichen noch der privaten Krankenversicherung eine Kostenerstattung übernommen, worüber eine Frau, die in einem Geburtshaus entbinden will, aufgeklärt werden muss (wirtschaftliche Aufklärung).

Darüber hinaus bedeutet dieses, dass Geburtshäuser, in denen eine Entbindungsbehandlung stattgefunden hat, die Patientin unmittelbar nach der Geburt entlassen müssen. Bedarf die Frau, die gerade entbunden worden ist, einer weiteren, dann stationären Behandlung, so muss sie vom Geburtshaus in ein Krankenhaus verlegt werden.

Weitere gesetzliche Einschränkungen der Wahlfreiheit der Schwangeren selbst bzw. beider Eltern des Kindes gibt es nach geltendem Recht nicht. Indes muss bei der grundsätzlich bestehenden gesetzlichen Wahlfreiheit beachtet werden,

¹ BSG, Urteil vom 29.01.1980, Aktenzeichen 3 RK 36/78; Urteil vom 21.02.2006, Aktenzeichen B1 KR 34/04

dass aus medizinrechtlicher Sicht zwingend die Gebärende über die Risiken der außerklinischen Geburtshilfe klar und deutlich aufgeklärt werden muss (s. unten).

Berufsrechtliche Einschränkungen

Mittelbare Einschränkungen der Freiheit der Wahl der Schwangeren zwischen klinischer und außerklinischer Geburtshilfe ergeben sich aus den berufsrechtlichen Normen, die die Tätigkeit von Hebammen regeln.

Dem Hebammengesetz (HebG) vom 04.06.1985 und den hierzu ergangenen verschiedenen landesrechtlichen Berufsordnungen zufolge sind Hebammen befugt, verantwortlich normale Entbindungen zu leiten. Die Abgrenzung der Hebammentätigkeit zum Aufgabengebiet des Arztes ergibt sich daraus, dass die Hebamme verpflichtet ist, bei regelwidrigen Vorgängen den Arzt hinzuzuziehen (§ 4 HebG).

Das bedeutet, dass Hebammen, auch wenn sie von Schwangeren um eine Entbindungsbehandlung gebeten werden, einem Kontrahierungsverbot unterliegen, sofern bereits im Zeitpunkt des Abschlusses des Behandlungsvertrags feststeht, dass die Schwangerschaft in irgendeiner Weise regelwidrig verlaufen ist bzw. unter der Geburt regelwidrige Vorgänge zu erwarten bzw. zu befürchten sind.

Eine Hebamme muss demgemäß in einer solchen Situation die Behandlung ablehnen, ansonsten verstößt sie gegen ein gesetzliches Verbot (§ 823 Abs. 2 BGB, Bürgerliches Gesetzbuch). Ein solcher Verstoß löst, wenn es zum Eintritt eines Schadens kommt, nach allgemeinen Regeln eine Schadensersatzpflicht der Hebamme aus. In diesen Fällen greift zugleich auch zulasten der Hebamme eine Kausalitätsvermutung ein, die sich aus § 630 h Abs. 4 BGB in der Fassung des Patientenrechtegesetzes ergibt:

„War ein Behandelnder für die von ihm vorgesehene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des

Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war“.

Das bedeutet, dass sich eine Hebamme, die sich mit der geburtshilflichen Behandlung einer Schwangeren befasst, bei der eine Risikogeburt zu erwarten ist, bei Eintritt eines Schadens schadensersatzpflichtig macht.

Relevanz der Mutterschaftsrichtlinien

Es gibt keinen gesetzgeberischen Katalog, der genauer definiert, wann eine Risikosituation vorliegt, in der eine Hebamme aus berufsrechtlichen Gründen gehalten ist, eine ihr angetragene Entbindungsbehandlung abzulehnen und die Schwangere also an eine Klinik zu verweisen. Indes enthalten die Mutterschaftsrichtlinien in Abschnitt B einen Katalog von Fällen, in denen vom Vorliegen einer Risikoschwangerschaft auszugehen ist.

Als Risikoschwangerschaften definieren die Mutterschaftsrichtlinien die Fälle, bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobener Befunde mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind zu rechnen ist. Dieser Katalog ist, wie in den Mutterschaftsrichtlinien ausdrücklich hervorgehoben wird, nicht abschließend.

» Für in den Mutterschaftsrichtlinien nicht erfasste Fälle gibt es keine Normen bzgl. Hebammen

Die Mutterschaftsrichtlinien haben ebenso wie die anderen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Normcharakter², sodass man in den Fällen, die in den Mutterschaftsrichtlinien als Fälle der Risikoschwangerschaft oder der Risikogeburt aufgezählt sind, von einem für Hebammen geltenden Kontrahierungsverbot ausgehen muss. Für in den Mutterschaftsrichtlinien nicht erfasste Fälle gibt es jedoch keine Normen, die klarstellen, wann und wann nicht Hebammen eine außerklinische

Geburtshilfe anbieten und vornehmen dürfen.

Einen entsprechenden Katalog ohne Normcharakter enthält auch die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht, unter dem Titel „Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe“, die 1998 publiziert wurde. Dieser Katalog kann mittelbar auch zur Eingrenzung der Fälle herangezogen werden, in denen eine Hebamme eine außerklinische geburtshilfliche Behandlung ablehnen und die Schwangere auf die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung hinweisen muss. Dieser Katalog hat jedoch keine normative Verbindlichkeit.

Es gibt Hebammen, die mit Nachdruck bestreiten, dass in allen in dem Katalog aufgezählten Fällen für Hebammen ein Kontrahierungsverbot bestehe. Insbesondere wird in Hebammenkreisen für die Beckenendlage behauptet, dass es sich bei ihr um eine Normalsituation handle, die auch von Hebammen ohne ärztliche Unterstützung bei einer außerklinischen Geburt bewältigt werden könne.

Jedenfalls wird man nach derzeit geltendem Recht keinen Verstoß einer Hebamme gegen ein Kontrahierungsverbot annehmen können, wenn zu der Zeit, zu der der Behandlungsvertrag mit der Schwangeren abgeschlossen wurde, eine Risikosituation, die eine ärztliche Behandlung der vor der Geburt stehenden Frau notwendig machte, noch nicht gegeben oder ersichtlich war.

Sicherheitsdefizite der außerklinischen Geburtshilfe

Grundsätzlich ist eine Hebamme in der Lage, eine geburtshilfliche Behandlung in einem Normalfall ohne ärztliche Unterstützung zu bewältigen, ohne dass es dabei zu Schädigungen von Mutter und/oder Kind kommt. Hiervon geht der Gesetzgeber im HebG auch ausdrücklich aus.

Es ist indes bekannt, dass bei Weitem nicht jede Geburt in diesem Sinne einen Normalfall darstellt, in dem sich die Tätigkeit der geburtsleitenden Per-

² BSGE 78, 70

son darauf beschränkt, der Schwangeren unter der Geburt psychischen Beistand zu leisten, sie zu beruhigen und sie unter der Wehentätigkeit zu unterstützen (Veratmen von Wehen, richtiges Pressen).

Viele Geburten, und zwar gerade auch solche, bei denen vor Wehenbeginn keine Komplikationen erkennbar werden, verlaufen komplikativ und machen Interventionen erforderlich. Das bedeutet, dass die klassischen Parameter der Schwangerenvorsorge nicht mit ausreichender Sicherheit den Verlauf der späteren Geburt vorhersagen können.³ Es sind die Fälle des unerwarteten Auftretens von Komplikationen unter der Geburt, die die außerklinische Geburt besonders gefährlich machen.

Gegen die außerklinische Geburtshilfe nur durch Hebammen, d.h. ohne die Möglichkeit einer sofortigen Hinzuziehung eines Arztes, sprechen insbesondere die im Folgenden genannten Gründe.

Kompetenz der Hebamme

Die Rechtsprechung geht allgemein davon aus, dass die Kompetenz eines Facharztes für Gynäkologie und Geburtshilfe der Kompetenz einer Hebamme überlegen ist. Dies ist der Grund dafür, warum Hebammen entsprechend § 4 HebG verpflichtet sind, in kritischen Situationen einen Arzt hinzuzuziehen.

Die Hebamme ist beispielsweise verpflichtet, beim Auftreten einer pathologischen Veränderung in der Kardiotokographie (CTG) den Arzt hinzuzuziehen und ihm die Entscheidung über das weitere Vorgehen zu überlassen, sich also seiner Leitung zu unterstellen.

» Die Kompetenz einer Hebamme endet z. B. beim Auftreten einer Schulterdystokie

Entsprechendes gilt für eine ganze Anzahl geburtshilflicher Situationen, z.B. für die Schulterdystokie. Eine Hebamme muss zwar in der Lage sein, eine Schulterdystokie als solche zu erkennen; ihre

Kompetenz endet aber beim Auftreten einer Schulterdystokie.⁴

Diese Betrachtungsweise ist notwendig generalisierend. Es gibt sicherlich erfahrene Hebammen, die durchaus in der Lage sind, ein CTG ausreichend zu beurteilen, und die ebenso auch wissen, wie eine Schulterdystokie zu beheben ist. Der Gesetzgeber muss jedoch, soweit es um Fragen der Qualifikation geht, zwangsläufig eine generalisierende Betrachtungsweise anwenden.

Apparative und instrumentelle Ausstattung der außerklinischen Geburtshilfe

Die moderne Geburtshilfe verfügt über eine Vielzahl von instrumentellen Methoden der geburtshilflichen Diagnostik, die heute aus der klinischen Praxis nicht mehr wegzudenken sind. Ihre Anwendung hat den derzeitigen Standard der Geburtshilfe geprägt und zu dem heute sehr niedrigen Stand der geburtsassoziierten mütterlichen und kindlichen Mortalität beigetragen. Diese Ausstattung, die primär dazu dient, für Mutter und/oder Kind kritische Situationen rechtzeitig zu erkennen, damit auf sie ohne Verzug reagiert werden kann, steht bei Hausgeburten niemals, bei außerklinischen Geburten in Geburtshäusern allenfalls eingeschränkt zur Verfügung.

In einem Geburtshaus wird nach heutigem Stand möglicherweise ein CTG-Gerät zur Verfügung stehen, obwohl viele Hebammen auch heute noch die Anwendung des CTG ablehnen und auf den Einsatz des Pinard-Hörrohrs vertrauen. Die Mikroblutuntersuchung (fetale Skalpblutanalyse) steht Hebammen nicht zur Verfügung.

Die Möglichkeit der Ultraschalldiagnostik besteht in Geburtshäusern regelmäßig nicht. Es ist also keine Fetometrie möglich, für die es ärztlicher Sachkunde bedarf. Auch ein Fruchtwassermangel und ein pathologischer Plazentasisatz können bei einer außerklinischen geburtshilflichen Behandlung nicht erkannt werden, sofern nicht entsprechen-

de Erkenntnisse bei der ambulanten Behandlung der Schwangeren vor der Geburt gewonnen worden sind. Dopplersondierungen sind in einem Geburtshaus nicht möglich.

Auch bestehen in einem Geburtshaus keinerlei technische Möglichkeiten, ein Kind durch operativen Eingriff (Vakuumextraktion, Zangengeburt, Sectio) aus erkennbar bedrängter Lage zu befreien.

Es kommt naturgemäß vor, dass eine schwangere Frau die Geburtsschmerzen als so unerträglich empfindet, dass sie nach schmerzdämpfenden Maßnahmen fragt. Nach heutigem Wissen stehen hierbei die Peridural- und die Spinalanästhesie im Vordergrund. Die dazu notwendigen Eingriffe sind Anästhesisten (ggf. Frauenärzten) vorbehalten, die in Geburtshäusern nicht zur Verfügung stehen.

Unmittelbar nach der Geburt kann es zu starken mütterlichen Blutungen kommen, die unbedingt und in kürzester Zeit behandelt werden müssen, wenn die Mutter nicht verbluten soll. Hebammen fehlen in einem Geburtshaus wesentliche technische Möglichkeiten zur Stillung solcher Blutungen.

» Auch Kinderärzte stehen in Geburtshäusern durchweg nicht zur Verfügung

Es kommt vor, dass ein neugeborenes Kind unmittelbar nach der Geburt einer besonderen Behandlung bedarf, z. B. einer Reanimationsbehandlung oder einer Intubation. Die entsprechenden Maßnahmen müssen von ärztlichen Geburtshelfern beherrscht werden, jedoch werden bei Klinikgeburten regelmäßig, wenn eine entsprechende Situation absehbar ist, Kinderärzte hinzugezogen, die die erste Phase der neonatologischen Behandlung des Kindes übernehmen können. Auch Kinderärzte stehen in Geburtshäusern durchweg nicht zur Verfügung. Hierbei ist natürlich zu beachten, dass insbesondere auch in kleineren Entbindungskrankenhäusern ebenfalls nicht immer sichergestellt ist, dass ein Kinderarzt präsent ist, sondern (möglicherweise mit Zeitverzug) beigezogen werden muss.

⁴ Bender/Diedrich/Künzel, Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Bd. 7, Geburt II, S.332

³ Vetter, ZGN 2002, 219–227

In einem Geburtshaus fehlt also den bei der Geburtsleitung tätigen Hebammen, von der Frage der Kompetenz ganz abgesehen, bereits die technische Möglichkeit, bestimmte Komplikationen zu erkennen und auf sie sachgemäß zu reagieren.

Notwendigkeit der Verlegung der Schwangeren unter der Geburt

Es gibt eine Vielzahl von geburtshilflichen Komplikationen (Asphyxie des Kindes, mütterliche Blutungen, Uterusruptur, Geburtsstillstand sowie unvollständige Plazentalösungen), die erst unter der Geburt in Erscheinung treten. Ergeben sie sich zu einer Zeit, zu der die schwangere Frau sich in außerklinischer Geburtshilfe befindet, so bleibt in aller Regel nichts anderes übrig, als die unter der Geburt stehende Frau in eine geburtshilfliche Klinik unmittelbar zu verlegen.

In allen diesen Fällen ist es, wenn sie in einem Geburtshaus eintreten, erforderlich, dass die außerklinische Geburtshilfe umgehend abgebrochen und die Schwangere sofort in eine Geburtsklinik verlegt wird. Wie sich aus einem von Hebammen stammenden Aufsatz⁵ ergibt, nimmt dies jedoch viel zu viel Zeit in Anspruch. Dem zitierten Aufsatz ist das folgende Zitat entnommen:

„Ein wesentlicher Faktor, der zur Sicherheit von Mutter und Kind beiträgt, ist der richtig ausgewählte Zeitpunkt der Verlegung, da eine Verlegung von Entschluss bis Eintreffen im Krankenhaus abhängig vom Abstand zur Klinik leicht eine Stunde in Anspruch nehmen kann, wie eine Analyse der Birthplace-Studie ergab [28]. Eine prospektive Studie ergab eine mediane Transportzeit von 20 min (3–95 min) bei Verlegungen ohne besondere Dringlichkeit und 15 min (5–45 min) bei eiligen Verlegungen.“

Derartige Verlegungszeiten sind, wenn man auf die Frage abstellt, ob durch eine Verlegung die entsprechende geburts-

hilfliche Komplikation beherrscht werden kann, eindeutig zu lang.

In den Fällen des Geburtsstillstands oder der protrahierten Geburt mag eine rechtzeitige Verlegung noch möglich sein. Tritt jedoch unter der Geburt eine fetale Asphyxie auf, die eine Notsectio erforderlich macht, so reicht die Verlegungszeit nicht aus, um die Komplikation zu beherrschen, da auch in dem aufnehmenden Krankenhaus die Notsectio zunächst vorbereitet werden muss.

Für die Fälle der völligen oder teilweisen Plazentalösung, der Uterusruptur und der postpartalen Blutungen sind Verlegungszeiten in der in dem zitierten Aufsatz angegebenen Größenordnung schlechthin indiskutabel. Bei Eintritt einer Schulterdystokie ist eine Verlegung schon gar nicht möglich.

Aufklärungspflicht

Es gibt also zahlreiche Fälle, in denen unvorhersehbar unter der Geburt Notlagen bzw. Komplikationen eintreten können, in denen eine Verlegung des Kindes in eine Geburtsklinik zwangsläufig zu spät kommen muss, in denen also Hebammen Situationen ausgesetzt sind, die sie nicht beherrschen können.

» Die Gebärende ist über die Risiken der außerklinischen Geburtshilfe klar und deutlich aufzuklären

Es wird behauptet, dass es Sache der Schwangeren bzw. beider Elternteile selbst sei, für eine möglichst schadenfreie Geburt des Kindes und einen ebenso möglichst schadenfreien Verlauf der Geburt für die Mutter zu sorgen. Es obliege ihrer Entscheidung, welcher Sicherheitsstandard bei der geburtshilflichen Behandlung eingehalten werden solle.

Im Allgemeinen wird diesem Argument hinzugefügt, dass Hebammen, wenn sie eine außerklinische geburtshilfliche Behandlung übernehmen, zweifellos verpflichtet seien, die vor der Geburt stehende Frau über die mit außerklinischer Geburtshilfe verbundenen Risiken

aufzuklären. Sei hingegen die Schwangere ausreichend aufgeklärt worden, so könne ihre Entscheidung für die Eingehung eines geburtshilflichen Risikos nicht beanstandet werden. Es sei nicht Sache der Gesellschaft bzw. des Staats, für die Beseitigung gesundheitlicher Risiken zu sorgen.

Dem ist Folgendes entgegenzuhalten:

Es gibt im medizinischen Bereich Risiken, deren Eingehung unvermeidlich ist bzw. als vernünftig akzeptiert werden kann. Allgemein gibt es keine Medizin ohne die Inkaufnahme von Risiken.

Insoweit muss jedoch die folgende wesentliche Differenzierung vorgenommen werden:

Man muss zwischen Risiken unterscheiden, die ein Patient vernünftigerweise bei Abschluss eines Behandlungsvertrags eingehen kann oder sogar muss, und überflüssigen Risiken, d. h. solchen Risiken, die nach geltendem Standard insgesamt ausgeschlossen werden können.

Geht ein Behandler zulasten des Patienten ein unvernünftiges, unter Beachtung des medizinischen Standards vermeidbares Risiko ein, so begeht er dadurch einen Behandlungsfehler. Die Haftung für Behandlungsfehler wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass dem Behandler nicht zugleich auch eine Verletzung der Aufklärungspflicht zur Last zu legen ist.

Nach heutigem Stand der medizinischen Wissenschaft begründet in diesem Sinne nach Erachten des Autors die Aufnahme einer Schwangeren in außerklinische Geburtshilfe bereits einen Behandlungsfehler, sodass es nicht darauf ankommt, ob die Schwangere über die erhöhten Risiken, die mit einer geburtshilflichen Behandlung außerhalb einer Klinik verbunden sind, aufgeklärt wurde.

Übrigens verwenden die Geburtshäuser, wie die Erfahrung lehrt, heute i. Allg. Aufklärungsbögen, die die Gefahren der außerklinischen Geburtshilfe eher verharmlosen, indem sie hervorheben, dass Komplikationen in der außerklinischen Geburtshilfe „selten“ auftreten (was immer das bedeuten mag).

⁵ Petersen/Köhler/Schwarz/Vaske/Gross, Outcomes geplanter außerklinischer low-risk Geburten in Niedersachsen, Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 2017 187–197

Selbstbestimmungsrecht

Das Selbstbestimmungsrecht und die Entscheidungsfreiheit der Schwangeren enden dort, wo das ungeborene Leben in Gefahr ist. Für die Beibehaltung der derzeitigen Regelung wird das Argument angeführt, dass die Entscheidungsfreiheit der Schwangeren ein rechtlich geschütztes Gut sei.

In der Tat ist die allgemeine Vertragsfreiheit, die auch die Freiheit einschließt, zu entscheiden, mit wem man einen Vertrag, z. B. einen Behandlungsvertrag, abschließen will, ein grundrechtlich geschütztes Rechtsgut; einschlägig ist insoweit Art. 2 GG (Grundgesetz).

» Das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren endet dort, wo das ungeborene Leben in Gefahr ist

Begrenzungen der Vertragsfreiheit sind zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter durchaus zulässig. Demzufolge gibt es solche Begrenzungen durchaus auch im Gesundheitswesen. Es braucht in diesem Zusammenhang nur an den Impfwang erinnert zu werden.

Auch aus medizinethischer Sicht ist eindeutig in der Gesundheit und dem Wohlergehen der künftigen Generation in diesem Sinne ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut zu sehen, sodass der Wille der Eltern, das noch ungeborene Kind einem vermeidbaren Risiko auszusetzen, hinter dem überragenden Gemeinschaftsinteresse an der Gesundheit der kommenden Generation zurücktreten muss.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass nach einer grundlegenden Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Abtreibungsrecht auch das ungeborene Kind Grundrechtsträger ist. Es hat Anspruch auf Lebensschutz auch gegenüber seinen Eltern.

Aus der Zulässigkeit der Abtreibung in bestimmten Fällen lässt sich aber keinesfalls die Schlussfolgerung ziehen, dass Eltern befugt sein müssten, zulasten ihrer ungeborenen Kinder überflüssige, nach

heutigem medizinischem Standard ausschließbare Lebensrisiken einzugehen.

Vielfach wird geltend gemacht, dass Hausgeburten und Geburten in Geburtshäusern allgemein im Vergleich zu Klinikgeburten neben Nachteilen auch Vorteile hätten.

» Die Nachteile einer Klinikgeburt sind geringer als die Risiken außerklinischer Geburtshilfe

Die vermeintlichen Nachteile einer Klinikgeburt fallen im Vergleich zu den enormen Risiken der außerklinischen Geburtshilfe bei einer vernünftigen Abwägung nicht ins Gewicht.

Nach Erachten des Autors spielen bei der in manchen Kreisen verbreiteten Ablehnung der Klinikgeburt irrationale Vorstellungen eine entscheidende Rolle. Es wird, wie in manchen Kreisen üblich, ein künstlicher Gegensatz zwischen „Technik“ und „Natur“ gebildet. Die außerklinische Geburtshilfe soll in den Bereich der „Natur“ fallen, die klinische Geburtshilfe dagegen in den Bereich der „Technik“. Die außerklinische Geburtshilfe wird als „warm“ und „empathisch“ charakterisiert, die klinische Geburtshilfe als „kalt“ und „gefühllos“. Auch muss hier klargestellt werden, dass der heutige Kostendruck zur vermeintlichen „kalten“ Geburtshilfe in den Entbindungskliniken mit beigetragen hat.

Ein anderes Argument, mit dem die klinische Geburtshilfe diffamiert wird, geht dahin, dass sie „männlich“ dominiert sei (was nach heutigem Stand keineswegs mehr zutrifft). Hingegen soll die außerklinische Geburtshilfe „weiblich“ dominiert sein. Dies wird dann durch das zusätzliche Argument unterlegt, dass nur Frauen andere Frauen richtig verstehen könnten. Gerade Hebammen strapazieren solche Überlegungen.

Vom Gesetzgeber muss man verlangen, dass er die geschilderten irrationalen Gegensatzbildungen zurückweist und vernunftorientierte Entscheidungen trifft, was zugleich besagt, dass er gesicherte Erkenntnisse der medizinischen

Wissenschaft nicht unbeachtet lassen darf.

Berufsstand der Hebamme

Ein weiteres Argument, das für die Beibehaltung des bisherigen Rechtszustands angeführt wird, geht dahin, dass eine Untersagung der außerklinischen Geburtshilfe die Fortexistenz des Berufs der Hebamme gefährde. Eine solche Gefahr besteht bei richtiger Betrachtung nicht.

Es gibt eine große Zahl von in Krankenhäusern angestellten Hebammen. Viele Krankenhäuser haben außerdem Verträge mit sog. Beleghebammen abgeschlossen. Andere Krankenhäuser haben Hebammenkreißsäle eingerichtet. Mit diesen Maßnahmen kommt man dem Wunsch mancher Schwangeren nach, unter der Geburt in erster Linie von Hebammen betreut zu werden, von denen sie mehr Verständnis und Empathie erwarten.

» Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Klinikhebammen ist zu stärken

Ob derartige Erwartungen immer zutreffen, steht auf einem anderen Blatt. Entscheidend ist, dass im Rahmen aller dieser Formen der klinischen Geburtshilfe eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen institutionell gesichert ist. In diesen Konstellationen kommt es also zu einem Zusammentreffen der Erfahrung und Empathie von Hebammen mit ärztlicher Sachkunde.

Reformvorschläge

Insgesamt ist also festzustellen, dass die außerklinische Geburtshilfe nach dem heute erreichten Stand der Geburtsmedizin mit nicht mehr tolerablen und vermeidbaren Risiken behaftet ist. Das stärkste Argument gegen die Hausgeburt oder die außerklinische Geburtshilfe sind dabei die bekannt hohen, weitgehend unvorhersehbaren

Risiken selbst nach komplikationslosem Schwangerschaftsverlauf.⁶

Den Daten der hessischen Perinatalerhebung ist zu entnehmen, dass es in ca. 20 % der primär als Nichtrisikogeburten erfassten Geburten zum Auftreten von relevanten Störungen während der Geburt kommt.⁷ Risikoquoten dieser Höhe, die schätzungsweise pro Jahr mehrere tausend Geburten betreffen, können schlechterdings nicht akzeptiert werden.

Der Gesetzgeber muss eingreifen und nicht mehr tolerable vermeidbare Risiken in der außerklinischen Geburtshilfe reglementieren. In Tschechien sind Hausgeburten durch Gesetz für unzulässig erklärt worden. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat diese Entscheidung gebilligt. Hierbei kann medizinisch ebenfalls hervorgehoben werden, dass die Gesundheit der künftigen Generation nicht allein und ohne Einschränkung der individuellen Entscheidung der Eltern überlassen werden kann.

» Der Gesetzgeber muss nichttolerable Risiken in der außerklinischen Geburtshilfe reglementieren

Die Überlegungen des Autors zu einer Reform des derzeit geltenden Rechts führen zu folgenden Schlussfolgerungen bzw. Reformvorschlägen:

Für eine Hausgeburt ist heute im System des Gesundheitswesens kein Platz mehr; sie ist schlechthin obsolet. Die mit ihr verbundenen Risiken sind nicht mehr zu akzeptieren. Dies würde übrigens auch für ärztlich geleitete Hausgeburten gelten, die nach Erachten des Autors jedoch so gut wie niemals vorkommen.

Die Praxis der Geburtshäuser bedarf zumindest einer grundlegenden Reform. Einem Minimalerfordernis entspräche es, dass auch Geburtshäuser unter ärztliche Leitung gestellt werden, ungeachtet des Umstands, dass ihre Rechtsträger

Vereinigungen von Hebammen sind. Es müsste ferner durch ständige Anwesenheit bzw. Heranziehbarkeit von Ärzten, z. B. aufgrund von Kooperationsvereinbarungen, sichergestellt werden, dass beim Auftreten von Komplikationen in Geburtshäusern ärztliche Hilfe innerhalb kürzester Zeit zu erlangen ist. In gleicher Weise müssten Kooperationsvereinbarungen zwischen den Geburtshäusern einerseits, Anästhesisten und Kinderärzten andererseits abgeschlossen werden. Überdies wäre es notwendig, dass in dem Geburtshaus alle Geräte und technischen Mittel vorgehalten werden, die ein kompetenter Arzt im Fall des Eintritts von Komplikationen benötigt.

Derartige Reformen könnten möglicherweise den in Geburtshäusern erreichbaren medizinischen Standard der Geburtshilfe auf das unterste Niveau der klinischen Geburtshilfe anheben, wie es z. B. in sog. Belegkrankenhäusern erreicht wird. Eine derartige Lösung ist aber deswegen kontraproduktiv, weil damit im Ergebnis nur die Zahl wenig leistungsfähiger Geburtskliniken mit niedrigen Geburtenzahlen erhöht würde. Es steht jedoch inzwischen aufgrund vielfacher Untersuchungen fest, dass in allen kindlichen Gewichtsklassen die Neugeborenensterblichkeit in den kleinen Kliniken 2- bis 3-mal so hoch ist wie in den größeren Geburtskliniken mit höheren Fallzahlen.⁸

Besteht aber kein Bedürfnis nach der Erhöhung der Anzahl geburtshilflicher Kliniken des untersten Standards, muss vielmehr das Bestreben darauf gerichtet sein, die Infrastruktur der deutschen Geburtshilfe durch einen höheren Zentralisierungsgrad zu verbessern. Eine Anhebung des Niveaus von Geburtshäusern auf den Standard von Belegkrankenhäusern ist nicht sinnvoll.

Die Umsetzung dieser Reformvorschläge in geltendes Recht würde keine allzu großen Eingriffe in den derzeitigen Normbestand erforderlich machen. Änderungsbedürftig wäre in erster Linie das

HebG, dessen in ihm bereits enthaltenen Arztvorbehalt man deutlich erweitern müsste. Anzupassen wären infolge einer solchen Gesetzesänderung, für die der Bundesgesetzgeber zuständig ist, auch die verschiedenen Berufsordnungen der Länder.

» Die werdende Mutter ist über die Risiken bei außerklinischer Geburtshilfe schonungslos aufzuklären

Bleibt es beim derzeitigen Rechtszustand, so sind Hebammen verpflichtet, vor Abschluss eines Behandlungsvertrags mit einer Schwangeren, deren Gegenstand die Gewährung außerklinischer Geburtshilfe ist, die Patientin über die mit der außerklinischen Geburtshilfe verbundenen Risiken schonungslos aufzuklären. Was den Inhalt dieser Aufklärung anlangt, so lässt er sich in vollem Umfang aus der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ableiten:

Es ist in der ärztlichen Praxis notwendig und sinnvoll, die Aufklärung zu dokumentieren, d. h. den Patienten Aufklärungsbögen zu übergeben, die von ihnen zu unterzeichnen sind. Es ist bekannt, dass auch Hebammen für die außerklinische Geburtshilfe derartige Aufklärungsbögen entwickelt haben. Zu betonen ist, dass eine Aufklärung durch Übergabe von Aufklärungsbögen an den Patienten für sich allein genommen niemals ausreicht. Die Aufklärung muss in einem Gespräch erfolgen.

Gemäß § 630 e Abs. 2 Ziff. 1 BGB in der Fassung des Patientenrechtegesetzes muss die Aufklärung mündlich durch den Behandelnden selbst, d. h. hier die Hebamme, oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt, d. h. eine andere Hebamme. Der Patientin muss gemäß § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB eine Abschrift des von ihr im Zusammenhang mit der Aufklärung unterzeichneten Aufklärungsbogens ausgehändigt werden.

Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass die Patientin ihre Entscheidung über die Einwilligung in eine außer-

⁶ Künzel/Wulf, Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Bd. 6, Geburt I, S. 12

⁷ Misselwitz/Schmidt in Rath/Gembruch/Schmidt, Geburtshilfe und Perinatalmedizin, 2. Auflage, S. 729 (Erscheinungsjahr 2010)

⁸ Hitschold, Ökonomisierung in der Medizin und ihre Auswirkungen auf den Behandlungsstandard in der Geburtshilfe, in Kudlich/Koch, Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung, Nomos-Verlag 2017

klinische Geburt überlegt treffen kann. Das bedeutet, dass Aufklärung und Einwilligung in eine außerklinische Geburtshilfe nicht mehr zulässig und wirksam sind, wenn sie unter dem Zeitdruck erfolgen, der durch eine unmittelbar bevorstehende Geburt erzeugt wird.

Eine Aufklärung, die einer vor der Geburt stehenden Frau nach Wehenbeginn und/oder Blasensprung erteilt wird, ist also jedenfalls verspätet, weil in einer solchen Situation die Einwilligung in eine außerklinische Geburt niemals „überlegt“ erteilt werden kann.

Die Aufklärung der Patientin bezieht sich immer nur auf Risiken, die mit einer Behandlung *lege artis* verbunden sind. Aus Behandlungsfehlern resultierende Risiken sind nach feststehender Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nicht aufklärungsbedürftig.

In bestimmten Fällen ist, wie schon ausgeführt, eine von Hebammen gewährte außerklinische Geburtshilfe von vornherein unzulässig und behandlungsfehlerhaft. In diesen Fällen muss die Hebamme die Behandlung ablehnen, weil sie zu ihr nicht befugt ist. Einer besonderen Aufklärung einer Schwangeren, dass eine solche Situation im konkreten Fall gegeben ist, würde es hiernach nicht bedürfen.

Es ist aber gleichwohl von der Hebamme zu verlangen, dass sie in diesen Fällen die Gründe für die Ablehnung der Behandlung der Schwangeren offenbart, ihr also erklärt, dass die anstehende Geburt eine Risikogeburt sei, deren Behandlung in ärztliche Hand gehöre.

In den Fällen, in denen die Gewährung außerklinischer Geburtshilfe nicht von vornherein unzulässig ist, ist die Hebamme verpflichtet, die Schwangere über die mit einer außerklinischen Geburtshilfe verbundenen Risiken aufzuklären. Dabei entspricht es allgemeiner Auffassung, dass in diesem Zusammenhang eine exakte medizinische Beschreibung der in Betracht kommenden Risiken nicht erforderlich ist. Es genügt vielmehr die Verdeutlichung der Stoßrichtung und lebensgemäßen Relevanz der Risiken.⁹

Der schwangeren Frau muss demgemäß erklärt werden, dass es unter

der Geburt zu Komplikationen kommen kann, die bei außerklinischer Geburtshilfe nicht beherrschbar sind, dass in solchen Fällen zwar eine Verlegung der Patientin unter der Geburt in eine Geburtsklinik in Betracht komme, dass eine solche Verlegung aber unter Umständen nicht rechtzeitig möglich sei.

Der Bundesgerichtshof verlangt im Rahmen der Aufklärung eines Patienten über Behandlungsrisiken nicht die Angabe von Risikoquoten bzw. der statistischen Risikodichte. Andererseits besteht jedoch bei der Aufklärung das Erfordernis, ein Risiko niemals durch falsche oder unpräzise Angaben über die Risikodichte zu verharmlosen.

Die Angabe, dass sich die mit der Geburtshilfe verbundenen Risiken für Mutter und Kind „selten“ verwirklichten, stellt in diesem Sinne eine Verharmlosung dar, weil der Begriff „selten“ völlig unpräzise ist und die Patientin keine auch nur halbwegs richtige Vorstellung über die Risikodichte erlangt. Die in Aufklärungsgesprächen häufiger auftauchende Formulierung, dass die schwersten geburtshilflichen Risiken sich „nur selten“ verwirklichten, ist also als verharmlosende Formulierung unzulässig.

Nach feststehender Rechtsprechung muss die Patientin nicht nur über Behandlungsrisiken, sondern auch über Behandlungsalternativen aufgeklärt werden, wenn die unterschiedliche Form der geburtshilflichen Behandlung mit einer wesentlichen Änderung der sich für die Patientin selbst oder das noch ungeborene Kind ergebenden Belastungen oder einer wesentlichen Änderung von Risiken und Erfolgchancen der Behandlung verbunden ist (BGH NJW 2005, 1718).¹⁰ In diesem Sinne stellt die klinische Geburtshilfe stets eine Behandlungsalternative zur außerklinischen Geburtshilfe dar.

In diesen Fällen reicht es nicht, die Patientin darüber aufzuklären, dass sie auch die Möglichkeit habe, klinische Geburtshilfe in Anspruch zu nehmen, was allen Frauen bekannt sein sollte. Es muss auch eine Aufklärung über die ganz unter-

schiedliche Risikosituation erfolgen. Diese Aufklärung muss detailliert und konkret sein, damit der vor der Geburt stehenden Frau eine Risikoabwägung möglich ist.

Der Bundesgerichtshof hat klargestellt, dass eine Aufklärung eines Patienten über eine Behandlungsalternative, wenn verschiedene Krankenhäuser zur Wahl stehen, dann zu erfolgen hat, wenn das den Patienten treffende Behandlungsrisiko durch die Wahl eines anderen Krankenhauses mit besseren Behandlungsbedingungen signifikant kleiner gehalten werden kann.¹¹ Diese Regel gilt erst recht dann, wenn die Wahl zwischen einer Geburtsklinik und außerklinischer Geburtshilfe ansteht.

Ferner hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass eine Aufklärung des Patienten dann notwendig ist, wenn sich die apparative Ausstattung eines Krankenhauses in Bezug auf die konkrete geplante Therapie in der untersten Bandbreite der von Wissenschaft und Praxis akzeptierten Norm bewegt.¹²

Auch dieser Rechtsprechungsgrundsatz, der sich nicht unmittelbar auf Geburtshäuser oder allgemein die außerklinische Geburtshilfe bezieht, ist einschlägig, und zwar deswegen, weil sich die apparative Ausstattung von Geburtshäusern fraglos in der untersten Bandbreite der von Wissenschaft und Praxis akzeptierten Norm befindet. Auch insoweit sind Hebammen gehalten, die bestehenden Unterschiede zwischen außerklinischer und klinischer Geburtshilfe konkret zu verdeutlichen.

Genügt die der Patientin vor Abschluss eines Behandlungsvertrags über außerklinische Geburtshilfe erteilte Aufklärung diesen Anforderungen nicht, so führt dieses zur Haftung, wenn es unter der Geburt zu einem kindlichen oder mütterlichen Schaden kommt.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass für stationäre Behandlungen in Geburtshäusern weder gesetzliche noch private Krankenkassen Kostendeckung übernehmen. Hierauf muss die Patientin vor Behandlungsbeginn hingewiesen

⁹ BGH VersR 1993, 102

¹⁰ BGH NJW 2005, 1718

¹¹ BGHZ 88, 248; BGHZ 72, 132

¹² BGH NJW 1989, 2312

werden (wirtschaftliche Aufklärung). Tatsächlich sind Geburtshäuser weder auf stationäre Behandlungen von Frauen, die soeben entbunden haben, noch auf stationäre Behandlungen neugeborener Kinder eingestellt.

In solchen Fällen bedarf es also bei Behandlungsbedürftigkeit der Verlegung der Mutter und des Kindes in entsprechende Krankenhäuser. Insoweit schulden Hebammen, die sich mit außerklinischer Geburtshilfe befassen, der Patientin in erster Linie eine wirtschaftliche Aufklärung. Die Notwendigkeit der Verlegung sowohl der Mutter als auch des Kindes unmittelbar nach der Geburt kann jedoch auch Behandlungsrisiken begründen. Über diese muss die Patientin unter dem Gesichtspunkt der Risikoaufklärung vor Abschluss des Behandlungsvertrags unterrichtet werden.

Fazit für die Praxis

- Unter Berücksichtigung der rechtlichen Regelungen ist die außerklinische Geburtshilfe nur in engem Umfang und in engen Vorgaben zulässig.
- Die kindlichen und/oder mütterlichen Gefahren dürfen weder aus medizinrechtlicher noch aus medizinethischer Sicht unterschätzt werden.
- Auch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) hat sich in einem aktuellen Positionspapier¹³, bei dem der Autor als beratender Jurist ebenfalls mitbeteiligt war, klar und deutlich positioniert, dass die außerklinische Geburtshilfe nicht sicher ist und von der DGGG weiterhin abgelehnt wird.
- Gesetzgeberische Reformüberlegungen sind sinnvoll und notwendig.

Korrespondenzadresse



RA Dr. Roland Uphoff, M. med.
Heinrich-von-Kleist-Straße 4,
53113 Bonn, Deutschland
mail@uphoff.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R. Uphoff gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

¹³ Position der DGGG zur außerklinischen Geburtshilfe, Frauenarzt 59 (2018), S. 575