

# Der Gynäkologe

Fortbildungsorgan der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

## Elektronischer Sonderdruck für T. Neelmeier

Ein Service von Springer Medizin

Gynäkologe 2014 · 47:443–447 · DOI 10.1007/s00129-014-3365-5

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

T. Neelmeier · U. Schulte-Sasse · J.W. Dudenhausen

## Einrichtungsbezogene Patientenaufklärung in der Geburtshilfe

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

Gynäkologie 2014 · 47:443–447  
 DOI 10.1007/s00129-014-3365-5  
 Online publiziert: 4. Juni 2014  
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

#### Redaktion

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

T. Neelmeier<sup>1</sup> · U. Schulte-Sasse<sup>2</sup> · J.W. Dudenhausen<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ulsenheimer & Friederich Rechtsanwälte, München

<sup>2</sup> Em. Direktor der Klinik für Anaesthesie und Operative Intensivmedizin, SLK Kliniken Heilbronn

<sup>3</sup> Em. Direktor der Klinik für Geburtsmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin

# Einrichtungsbezogene Patientenaufklärung in der Geburtshilfe

**Der geburtshilflich tätige Arzt ist in besonderem Maße von einer funktionierenden Infrastruktur seiner Einrichtung abhängig. Für Defizite droht er auch dann zu haften, wenn sie außerhalb seines individuellen Einflussbereichs liegen. Eher wenig bekannt sind in diesem Zusammenhang die Möglichkeiten der Haftungsprävention durch Aufklärung über das einrichtungsspezifische Risikoprofil.**

## Haftungsrisiko für Geburtshelfer durch Organisationsdefizite der Klinik

Der Vorwurf einer verspäteten Notsectio gehört zu den am häufigsten zu klärenden Fragen bei der Begutachtung von geburtshilflichen Schadensfällen, und Einrichtungen jeder Größe werden damit konfrontiert. Gleichwohl berichtet etwa der lange Jahre im Haftungsrecht tätige Richter Pelz, dass sich insbesondere die Belegabteilungen als „erheblich risikoanfällig“ erwiesen hätten.<sup>1</sup> Berle/Misselwitz be-

<sup>1</sup> Pelz, in: Berg/Ulsenheimer (Hrsg.), Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, 2006, S. 73, 84. Eingehend Heller/Schnell/Richardson et al., Dtsch Med Wochenschr 2003, 657, zur Frage „Hat die Größe der Geburtsklinik Einfluss auf das neonatale Überleben?“. Pointiert D. Berg, Gynäkologie 1999, 3, 6 („Eine logistische Unterversorgung in der Geburtshilfe [...] in Kleinstabteilungen wird nicht in der Lage sein, vielleicht seltenen, aber nicht zu leugnenden unvorhersehbaren Notfällen sachgerecht zu begegnen“).

schreiben die prekäre Lage wie folgt: „Sind aufgrund kleiner Geburtenzahlen aus ökonomischen Gründen eine 24-h-Arztpräsenz und ein Vorortsein des Facharztes nach spätestens 10 min nicht möglich, so kann bei Nichterreichen dieser Leitlinien nicht ausgeschlossen werden, dass dem Krankenhausträger ein Organisationsverschulden angelastet wird. Aber auch dem Geburtshelfer bleibt in Kenntnis dieser Vorgaben und in Kenntnis des Nichterfüllens dieser Vorgaben und bei seinem eigenen Anspruch an optimale Verhältnisse eigentlich nur die Konsequenz, seine geburtshilfliche Tätigkeit einzustellen.“<sup>2</sup>

## » Schwächen in der Klinikorganisation bedeuten Unsicherheit für den Geburtshelfer

Ärzte, die nicht aufgeben wollen, fühlen sich zu Unrecht an den Pranger gestellt. Schon das rechtzeitige Erkennen der Indikation zur Notsectio verlangt nämlich nicht selten die Erfahrung eines Facharztes, der aber wie beschrieben mitunter nicht rechtzeitig zur Stelle sein kann. Wird die Schnittentbindung (trotzdem) fachgerecht angeordnet, dann ist das Gelingen derselben erst recht in weiten Teilen den Einflussmöglichkeiten des individuellen Arztes entzogen. Denn ob die notwendigen Kollegen aus der Anästhesie und ggf.

<sup>2</sup> Berle/Misselwitz, Gynäkologie 1998, 751, 759.

Pädiatrie mit Operationsteam rechtzeitig einsatzbereit sind, ist eine Frage der Klinikorganisation.<sup>3</sup> Bietet Letztere Anlass zur Zweifel, ist die resultierende Unsicherheit für den Gynäkologen groß. Schließlich ist die Notsectio bei einer Inzidenz zwischen 0,6 und 0,8% aller Geburten „nicht so selten, dass sie nicht jederzeit in jedem Kreißsaal auftreten kann“.<sup>4</sup>

## Unsicherheit trotz QFR-Richtlinie

Die in einer solchen Situation erforderliche Verbesserung der personellen Infrastruktur kann vom Träger der jeweiligen Geburtsklinik am ehesten dann ins Werk gesetzt werden, wenn ihm daraus keine ökonomischen Nachteile gegenüber konkurrierenden Einrichtungen entstehen. Zuständig für den Erlass allgemeiner verbindlicher und damit wettbewerbsneutraler Vorgaben zur einzuhaltenden Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) oder zur Personalausstattung wäre nach § 137 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA).

Doch wie schwer es den dort vertretenen Interessengruppen (§ 91 SGB V) fällt, gerichtsfeste Kompromisse auszuhandeln, lässt sich beispielhaft an der gescheiterten Erhöhung der Mindestmengenregelung

<sup>3</sup> Zur Organisation geburtshilflicher Versorgung unter juristischen Aspekten Bock/Griebeling, Gynäkologie 2013, 88.

<sup>4</sup> Berle/Misselwitz, Gynäkologie 1998, 751, 758.

in der Neonatologie ablesen.<sup>5</sup> Die mit Wirkung zum 01.01.2014 überarbeitete und umbenannte Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)<sup>6</sup> enthält weiterhin weder in struktureller noch in ergebnisbezogener Hinsicht Aussagen für alle geburtshilflichen Abteilungen zu den Mindestanforderungen an die Notsectiofähigkeit. Vielmehr bleibt der G-BA bei seiner Beschränkung auf ein präpartales Zuweisungssystem mit vier Versorgungsstufen. Diese Haltung ignoriert den Charakter der Notsectio als „ein für den Geburtshelfer unvorhersehbares Ereignis. Fehlende oder vorbestehende anamnestiche und Schwangerschaftsrisiken bieten keine Möglichkeit, unter der Geburt auftretende Notfallsituationen auszuschließen bzw. sicher vorherzusagen.“<sup>7</sup> Statistische Untersuchungen belegen, dass „eine Vorauswahl von Schwangeren mit einer speziellen Prädisposition zum ‚eiligen‘ Kaiserschnitt ebensowenig möglich ist, wie die Auswahl eines Kollektivs von Schwangeren, bei denen man mit Sicherheit sagen kann, daß es nicht zu einer ‚eiligen‘ Sectio kommen wird.“<sup>8</sup>

## Ärztemangel und Regionalisierung

Die Unvorhersehbarkeit solcher Notfallsituationen wird für den Geburtshelfer erst durch das erhebliche Ausstattungsgefälle<sup>9</sup> zwischen den Versorgungsstufen zum bedrohlichen haftungsrechtlichen Risiko. Mit Blick auf die für geburtshilfliche Abteilungen der niedrigsten Versorgungstufe empfohlenen Mindeststandards spricht die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) in ihrer Leitlinie 3.5.1 folgenden medizinischen

Warnhinweis aus: „Die absolut eiligen Notfälle, wie Uterusruptur, Abruptio placentae, Nabelschnurkomplikation oder kindliche Blutung bei Placenta praevia, lassen sich in dieser Struktur nicht mit angemessener Sicherheit behandeln.“<sup>10</sup> Eine nahe liegende Maßnahme im Sinne eines juristischen wie medizinischen Risiko-Managements wäre eine Abflachung dieses Gefälles. Wesentliche Verbesserungen bei der Personalausstattung können dabei schon mit Blick auf den allgemeinen Ärztemangel<sup>11</sup> nur gelingen durch eine Konzentration der vorhandenen (Fach-)Ärzte, also durch eine Regionalisierung der Geburtshilfe.<sup>12</sup> So wird seit Längerem über eine Weiterentwicklung des geltenden Zuweisungssystems etwa in Richtung von zwei (statt vier) Versorgungsstufen diskutiert, wodurch auch in der Grund- und Regelversorgung (mit einer zu fordernden Mindestmenge von 700 Geburten pro Jahr) eine E-E-Zeit von weniger als 20 min flächendeckend sichergestellt werden könnte.<sup>13</sup> Ernüchtert zieht Vetter Bilanz: „Selbstverständlich besteht eine der Lösungsmöglichkeiten in einer Zentralisierung, die Herr Hirschold vorschlägt. Dann wird Geburtshilfe ausschließlich an Abteilungen betrieben, wo Facharztstandard bzw. Oberarztstandard mit entsprechen-

der Anwesenheit während 24 h die Regel sind. Unter den jetzigen Gegebenheiten – und dies war gemeint – stellt das eine Illusion dar.“<sup>14</sup>

Denn in der Kommunalpolitik treffen derartige Vorschläge auf teilweise erbiterten Widerstand, der den (aus rein medizinischer Sicht problemlos zu gewährleistenden) Aspekt der räumlichen Erreichbarkeit für die Schwangeren zu einer Frage lokaler Standortpolitik stilisiert. Dabei sollte es auch für den geburtshilflichen Laien einsichtig sein, dass beispielsweise auf Sylt eine standardgerechte Versorgung geburtshilflicher Notfälle angesichts der geringen Geburtenzahlen<sup>15</sup> einerseits und der Insellage andererseits erhebliche Personalkostenzuschüsse aus Steuermitteln erfordert, die von der Politik verweigert werden. Nichtsdestotrotz kritisierte die Bürgermeisterin der Gemeinde die Schließung der dortigen Geburtshilfe zum Ende des vergangenen Jahres als „Anfang vom Untergang“, während aus Sicht des Kieler Gesundheitsministeriums eine Wiedereröffnung mit einem „untragbaren medizinischen Risiko“ verbunden wäre.<sup>16</sup> Ärzte und Hebammen wehrten sich ebenso wie der private Klinikträger gegen politische Einmischungsversuche ohne ein gleichzeitiges Angebot zur Gegenfinanzierung und suchten auf diese Weise einen Ausweg aus der „Haftungsfall“. Zu spät kam dieser Schritt jedenfalls für die geburtshilfliche Belegabteilung eines damals noch in kommunaler Trägerschaft geführten oberpfälzischen Krankenhauses, die (erst) kurz nach einem Geburtsschadensfall geschlossen wurde unter Hinweis auf die zu geringe Zahl von Geburten, um die notwendigen Schichtbesetzungen zu finanzieren.<sup>17</sup> Das Oberlandesgericht (OLG) Nürnberg bewertete später „die mangelnde Personalausstattung (sowohl zahlenmäßig als

<sup>10</sup> Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) u. a., Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalen Versorgung in Deutschland (DGGG-Nr. 3.5.1, AWMF 087/001 (S1), Stand: August 2010), in: DGGG (Hrsg.), Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd 3, 2. Aufl. 2010, S. 281 ff. Zum Aktualisierungsvorhaben bis 30.06.2014, s. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/087-001.html> und Berg, Gynäkologie 2013, 81.

<sup>11</sup> BÄK, Kein Widerspruch: Ärztemangel trotz moderat steigender Arzttzahlen – Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2012, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.11372>.

<sup>12</sup> Riegel, in: Hillemanns/Schillinger (Hrsg.), Das Restrisiko gegenwärtiger Geburtshilfe, 1989, S. 456 ff.

<sup>13</sup> Dudenhausen, Zentralbl Gynakol 2006, 113, 114. Für eine Zentralisierung etwa auch Roemer/Ramb, Z Geburtsh Neonatol 1996, 2, 5 f. Diskussionswürdig wäre aber beispielsweise auch die Einführung eines strengen und wirklich unabhängigen Zertifizierungssystems nach US-amerikanischem Vorbild zur einrichtungsgrößenunabhängigen Qualitätssicherung.

<sup>5</sup> BSG, Urt. v. 18.12.2012 – B 1 KR 34/12 R, NZS 2013, 544.

<sup>6</sup> G-BA, QFR-RL idF v. 20.06.2013, <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1754>.

<sup>7</sup> Salfelder/Biel/Kagerah/Helling-Giese/Hickl, PerinatalMedizin 7 (1995), 64, 69.

<sup>8</sup> Salfelder/Biel/Kagerah/Helling-Giese/Hickl, PerinatalMedizin 7 (1995), 64, 68.

<sup>9</sup> Vgl. dazu die stark abfallende Regelungsdichte innerhalb der jeweiligen „Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Versorgungsstufen“ gem. G-BA, QFR-RL idF v. 20.06.2013 – Anlage 2, <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1754>.

<sup>14</sup> Vetter, Frauenarzt 2003, 972. S. auch Hirschold, Frauenarzt 2003, 971.

<sup>15</sup> Die Sylter Geburtshilfe verzeichnete zuletzt 89 Geburten im Jahr, vgl. [abendblatt.de](http://abendblatt.de) (26.03.2014) Pusch in Sylter Geburtsklinik?, [www.abendblatt.de/region/artikel/126196840](http://www.abendblatt.de/region/artikel/126196840).

<sup>16</sup> Hamburger Abendblatt v. 13.01.2014, S. 14; 17.01.2014, S. 16.

<sup>17</sup> Oberpfalznetz (26.01.2005), Keine Babys mehr im Krankenhaus, <http://www.oberpfalznetz.de/onetz/669359-127,1,0.html>.

auch ausbildungsmäßig“ der Abteilung als groben Organisationsfehler und verurteilt den Einrichtungsträger, die beiden Belegärzte und die Beleghebamme.<sup>18</sup>

Festzuhalten ist damit zweierlei: Erstens sind geburtshilflich tätige Ärzte in den unteren Versorgungsstufen unabhängig von ihrer persönlichen Kompetenz tendenziell einem höheren organisationsbedingten Haftungsrisiko ausgesetzt als ihre Kollegen in den Perinatalzentren. Zweitens kann dieser Unterschied den einzelnen Arzt hart treffen, denn das Stufensystem des G-BA und damit die grundsätzliche Struktur der jeweiligen Einrichtung entziehen sich seinem Einfluss.

## Justiz mit Einzelfallbetrachtungen statt Standards

Nur scheinbare Erleichterung bei der Abwehr von Haftungsansprüchen wegen des Vorwurfs verspäteter Notsectiones bietet der vom Bundesgerichtshof (BGH) aufgestellte Grundsatz, wonach sich die Ermittlung des anzulegenden Behandlungsstandards (jetzt § 630a Abs. 2 BGB) „nicht unbesehen an den Möglichkeiten von Universitätskliniken und Spezialkrankenhäusern orientieren“ darf.<sup>19</sup> Wer daraus nämlich den naheliegenden Schluss zieht, die Rechtsprechung würde ähnlich der DGGG<sup>20</sup> in Abhängigkeit von der jeweiligen Versorgungsstufe verallgemeinerungsfähige Festlegungen zur maximal zulässigen E-E-Zeit treffen, wird enttäuscht. Dazu nochmals der BGH: „Leitlinien von ärztlichen Fachgremien oder Verbänden können (im Gegensatz zu den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen) nicht unbesehen mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen medizinischen Standard gleichgesetzt werden.“<sup>21</sup> Dementsprechend bilden die Gerichte nicht einfach die

20-min-Regel der DGGG<sup>22</sup> ab, sondern stützen sich stark auf Einzelfallumstände und die höchst unterschiedlichen Aussagen der jeweiligen Gerichtssachverständigen.<sup>23</sup> So weist das OLG Stuttgart darauf hin, dass sich bei Indikation einer Notsectio „in der Regel nach 10 min bleibende Schäden in den Hirnstrukturen“ einstellen.<sup>24</sup> Zwar wird oft noch eine Wegzeit von zusätzlich 10 min zugestanden (also insgesamt 20 min E-E-Zeit<sup>25</sup>), doch nach Auffassung des OLG München sind dann bereits „schwerwiegende Schäden des Kindes ... vorprogrammiert.“<sup>26</sup> Umgekehrt meint das OLG Koblenz, dass allein die Häufigkeit der Verstöße gegen die 20-min-Vorgabe bereits die Geltung selbiger aufhebe, weil der dortige Sachverständige erst „eine E-E-Zeit von über 30 min, 40 oder 50 min“ als unvertretbar ansah.<sup>27</sup> Dieses Bemühen der Gerichte um Einzelfallgerechtigkeit kann sich – wie gesagt: im Einzelfall – durchaus positiv für die Behandlungsseite auswirken. Indes werden vorausschauende Maßnahmen zur Haftungsprävention dadurch sehr erschwert, was wiederum zu nicht unerheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen einzelnen Einrichtungen führen kann.

## Elternwille und Elternverantwortung

Diese Uneinigkeit der Gerichte bringt viele Geburtshelfer in Bedrängnis. Einerseits divergieren nämlich die wirtschaftlichen Möglichkeiten im gegenwärtigen Vierstufensystem so erheblich, dass die Mehrzahl der Häuser unter dem medizinisch möglichen Versorgungsoptimum bleiben muss. Andererseits existiert – wie soeben

gezeigt – letztlich keine Gewissheit darüber, wann ein durch suboptimale Strukturen bedingter Schadensfall zum haftungsbegründenden Standardverstoß erklärt wird. Von Politik und G-BA ist keine schnelle Hilfe zu erwarten. Also müssen diejenigen in die Verantwortung genommen werden, auf deren Bedürfnisse das geburtshilfliche System zugeschnitten sein soll, nämlich die werdenden Eltern. Wenn etwa Schwangere (zumindest vorübergehend erfolgreich) mit medialer Unterstützung die Schließung einer personell unterbesetzten Geburtsklinik verhindern,<sup>28</sup> dann dürfen die dort tätigen Ärzte nicht anschließend von den gleichen Schwangeren gerade wegen der personellen Unterbesetzung juristisch belangt werden können. Zuverlässig sicherstellen lässt sich dies nur durch eine einrichtungsbezogene Patientenaufklärung, wie sie in der Rechtsprechung des BGH in Zivil- und Strafsachen etabliert ist.<sup>29</sup>

## Zielkonflikt auf Seiten der Patientinnen

Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass zwar kein Arzt gleichsam vorsorglich darüber aufklären kann oder muss, „dass ihm etwaige Behandlungsfehler unterlaufen können.“<sup>30</sup> Denn solch eine Aufklärung würde dem Patienten keinen Entscheidungsspielraum eröffnen. Ganz anders verhält es sich jedoch, wenn bereits im Zeitpunkt der Aufklärung bekannt ist, dass die Behandlungsinfrastruktur hinter erreichbaren anderen Geburtskliniken signifikant zurückbleibt (relative Mangelausstattung) oder sogar den fachlichen Standard unterschreitet (absolute Mangelausstattung). Das Versorgungsstufensystem des G-BA sowie die daraus folgenden unterschiedlichen medizinischen Möglichkeiten und Risiken geburtshilflicher

<sup>18</sup> OLG Nürnberg, Urt. v. 25.03.2011 – 5 U 1786/10, juris Rn. 66.

<sup>19</sup> BGH, Urt. v. 14.12.1993 – VI ZR 67/93, NJW 1994, 1596.

<sup>20</sup> Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland, in: DGGG (Hrsg.), Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd 3, 2. Aufl. 2010, S. 281 ff.

<sup>21</sup> BGH, Beschl. v. 28.03.2008 – VI ZR 57/07, juris Rn. 4.

<sup>22</sup> S. 2.1 der Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung (Stand: 31.05.2013), <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-078.html>.

<sup>23</sup> Neelmeier/Schulte-Sasse, GesR 2012, 65, 67 f.

<sup>24</sup> OLG Stuttgart, Urt. v. 13.4.1999 – 14 U 17/98, juris Rn. 121.

<sup>25</sup> Die DGGG addiert E-E-Zeit und Wegzeit sogar zu einer „Notfallzeit“ von bis zu 30 min., S. Fn. 20.

<sup>26</sup> OLG München, Urt. v. 23.12.2011 – 1 U 3410/09, juris Rn. 112.

<sup>27</sup> OLG Koblenz, Urt. v. 5.2.2009 – 5 U 854/08, juris Rn. 16 f.

<sup>28</sup> ARD Plusminus v. 28.11.2012; Hessischer Rundfunk (13.11.2013), DRK-Klinik schließt Geburtsstation, [http://www.hr-online.de/website/rubriken/nachrichten/indexhessen34938.jsp?rubrik=36090&key=standard\\_document\\_50085461](http://www.hr-online.de/website/rubriken/nachrichten/indexhessen34938.jsp?rubrik=36090&key=standard_document_50085461)

<sup>29</sup> Neelmeier, NJW 2013, 2230; Palandt-Weidenkaff, BGB, 73. Aufl. 2014, § 630e Rn. 2.

<sup>30</sup> BGH, Urt. v. 19.03.1985 – VI ZR 227/83, NJW 1985, 2193; Urt. v. 03.12.1991 – VI ZR 48/91, NJW 1992, 1558, 1559.



Einrichtungen sind vielen Schwangeren nicht geläufig. Einer bundesweiten repräsentativen Befragung zufolge sind zwar für 95% der werdenden Mütter hohe medizinische Standards am entscheidendsten für die Wahl der Klinik.<sup>31</sup> Nur 43% gaben unterdessen an, dazu vom Frauenarzt, in einem Geburtsvorbereitungskurs oder auf Informationsveranstaltungen von Geburtskliniken informiert worden zu sein.<sup>32</sup> Hier besteht aus medizinischer wie haftungsrechtlicher Sicht Handlungsbedarf.

## » Aufzuklären ist über konkrete Risikoerhöhungen

Kann nämlich im Schadensfall belegt werden, dass die Patientin aufgeklärt worden ist über die konkrete Risikoerhöhung, etwa durch eine bestimmte Wegzeit des Anästhesisten außerhalb der regulären Arbeitszeiten der Klinik, dann stellt dies die sicherste und zugleich einfachste Verteidigung gegen hiermit im Zusammenhang stehende Haftungsansprüche dar. Auf diese Weise wird der Patientin nicht nur eine eigenverantwortliche Entscheidung ermöglicht, sondern sie muss sich an selbiger auch festhalten lassen. Für über 70% der Frauen in der genannten Studie war beispielsweise auch die „Nähe zu der Wohnung“ wichtig bis sehr wichtig. Ähnliches gilt für das „Angebot einer ‚natürlichen‘ Geburt“. Die Möglichkeit eines Zielkonflikts für die Patientinnen liegt auf der Hand. Geben diese dem Kriterium der Wohnortnähe den Vorzug, dann darf es nicht sein, dass der Arzt für die Verwirklichung damit verbundener medizinischer Risiken einstehen muss.<sup>33</sup> Nötig

ist eine auf das konkrete Risikoprofil der Einrichtung bezogene, unmissverständliche und zuverlässig dokumentierte Aufklärung samt Einwilligung der Patientinnen. Ausgesprochen kurzfristig handelte im Gegensatz dazu ein Schönheitschirurg, der nach den gerichtlichen Feststellungen die notwendige Aufklärung seiner Patientin „aus finanziellen Motiven“<sup>34</sup> unterließ in der Sorge, die Frau als Kundin zu verlieren. Der ohne wirksame Einwilligung vorgenommene Eingriff wurde als „vorsätzlicher, rechtswidriger tätlicher Angriff“ i.S.v. § 1 OEG gewertet mit der Folge eines Entschädigungsanspruchs der Patientin als Gewaltopfer.

## Aufklärung über Ausstattungsmängel

Nach Ansicht des BGH schließt „das Selbstbestimmungsrecht eines um die Tragweite seiner Entscheidung wissenden Patienten die Befugnis ein, jede nicht gegen die guten Sitten verstößende Behandlungsmethode zu wählen“.<sup>35</sup> Seit 2013 bestimmt zudem § 630a Abs. 2 BGB, dass die Behandlung „nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen [hat], soweit nicht etwas anderes vereinbart ist“. Demnach können Patienten – nach vorheriger Aufklärung über die Risikoerhöhung – auch in eine standardwidrige Personalausstattung und eine entsprechend längere E-E-Zeit wirksam einwilligen. Die Grenze zur Sittenwidrigkeit (vgl. § 138 BGB, § 228 StGB) ist unabhängig vom tatsächlichen Schadensverlauf erreicht, wenn sich bei vorausschauender objektiver Betrachtung der eingewilligten Behandlungsumstände aus medizinisch-sachverständiger Sicht eine konkrete (d. h. besonders große) Lebensgefahr für Mutter oder Kind ergibt. Zu denken wäre hier möglicherweise an die bereits erwähnte „E-E-Zeit von über 30 min, 40 oder 50 min“.<sup>36</sup> Selbst bei einer Hausgeburt dürfen sich dort anwesende Ärzte oder Hebammen nicht mit einer Einwilli-

gung der Mutter in eine „Hausgeburt um jeden Preis“ begnügen für den Fall, dass eine konkret lebensgefährliche Situation die Verlegung der Gebärenden erfordert.

Bewusste Standardunterschreitungen im Wissen um das Fehlen einer hierauf bezogenen Einwilligung des Patienten erfüllen den Straftatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung ggf. mit Todesfolge (§§ 223, 227 StGB) und wiegen damit wesentlich schwerer als der Vorwurf eines fahrlässigen Behandlungsfehlers durch unbewussten Standardverstoß. Die Heilungsabsicht des Arztes ist in diesem Zusammenhang ohne Belang.<sup>37</sup> Da sich bei der Ermittlung der maßgeblichen E-E-Zeit wie beschrieben schon die Zivilgerichte uneinig sind, zeigt sich die Justiz tendenziell zurückhaltend bei der strafrechtlichen Verfolgung verspäteter Notsectiones. Anderes gilt freilich für den Bereich der außerklinischen Geburtshilfe, wo ungefähr 2% der Geburten begonnen werden.<sup>38</sup> Aufsehen erregte jüngst das Verfahren gegen eine als Hebamme tätige Ärztin und selbsternannte Expertin für „natürliche Geburten“ wegen des Vorwurfs vorsätzlicher Tötung eines Kindes durch die unterlassene Verlegung einer Hausgeburt.<sup>39</sup>

## » Im Zivilprozess ist die einrichtungsbezogene Patientenaufklärung über die Risiken einer absoluten Mangelausstattung vor allem für die Beweislastverteilung relevant.

Grundsätzlich liegt die Beweislast für einen Behandlungsfehler und dessen Kausalität für das Schadensbild beim Patienten, wohingegen der Arzt eine ordnungsgemäße Aufklärung darzulegen und zu beweisen hat. Diesen Grundsatz zum Schutz vor haftungsrechtlicher Überforderung will die Rechtsprechung nicht ausgehöhlt sehen durch eine pauschale Haftung der Behandlungsseite für unzureichende Aufklärung über behauptete Standardverstöße. Ausnahmsweise bejaht der

<sup>31</sup> Bergmann/Kamtsiuris/Bergmann/Huber/Dudenhausen, Z Geburtsh Neonatol 2000, 60, 63–66.

<sup>32</sup> Bergmann/Kamtsiuris/Bergmann/Huber/Dudenhausen, Z Geburtsh Neonatol 2000, 60, 63 f.; ähnlich Dudenhausen/Locher/Nolting, Gynäkologie 2006, 608, 612.

<sup>33</sup> In der juristischen Dogmatik ungenau, als Metapher gleichwohl einprägsam ließe sich von einem „Mitverschulden der Mutter“ (vgl. Uphoff, SZ v. 28.02.2014, S. 15) sprechen, wenn sich diese nach entsprechender Aufklärung für die Inkaufnahme einrichtungsspezifischer Risiken entscheidet, die sich sodann verwirklichen.

<sup>34</sup> BSG, Urt. v. 29.04.2010 – B 9 VG 1/09 R, NJOZ 2011, 126 Rn. 3 = BSGE 106, 91.

<sup>35</sup> BGH, Urt. v. 29.01.1991 – VI ZR 206/90, NJW 1991, 1535, 1536 f. = BGHZ 113, 297.

<sup>36</sup> OLG Koblenz, Urt. v. 5.2.2009 – 5 U 854/08, juris Rn. 16 f.

<sup>37</sup> Neelmeier, NJW 2013, 2230, 2231 f. mwN.

<sup>38</sup> QUAG, Qualitätsbericht 2011 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland, 2013, S. 15 f.

<sup>39</sup> FAZ.net (10.11.2013), Hebamme droht Haftstrafe wegen Totschlags, <http://www.faz.net/-gus-7jaiu>; OVG Münster, Beschl. v. 21.03.2012 – 13 B 228/12, NJW 2012, 2132.

BGH allerdings eine Pflicht zur Aufklärung über Mängel im Qualitätsstandard im konkreten Behandlungsbereich.<sup>40</sup> So kann die Aufnahme einer Schwangeren die Haftung des Krankenhausträgers begründen, wenn diese nicht über eine bekanntermaßen standardwidrige Personalausstattung in der Einrichtung aufgeklärt wurde.<sup>41</sup> Krankenhausträger und Ärzte schulden nämlich dem Patienten „Aufklärung über Umstände [...], die das Risiko der Behandlung aus besonderen Gründen erhöhen“.<sup>42</sup> Selbst Notfallpatienten müssen bei Verlegungsfähigkeit darüber aufgeklärt werden, falls „eine ausreichende Versorgung und Behandlung im Einweisungskrankenhaus nicht gewährleistet ist“.<sup>43</sup>

## Aufklärung über Ausstattungsunterschiede

Kann eine Standardwidrigkeit nicht festgestellt werden, dann ist im Zivilprozess bei entsprechender Rüge des Klägers weiter zu prüfen, ob auf besser ausgestattete andere Einrichtungen hätte hingewiesen werden müssen. Die in Rede stehende Aufklärungspflicht ähnelt in ihren vom BGH statuierten Voraussetzungen der mittlerweile in § 630e Abs. 1 S. 3 BGB geregelten Aufklärung über alternative Behandlungsmethoden. Daher ist eine Befragung des medizinischen Sachverständigen insbesondere zu der Frage geboten, ob die für die konkrete Patientin gegebenenfalls erreichbare bessere Ausstattung einer anderen Einrichtung „zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen [hätte] führen können“. In diesem Fall stehen nicht nur die behandelnden Ärzte in der Pflicht. Nach Auffassung des BGH schuldet auch der Krankenhausträger Aufklärung über einen „für die in Betracht kommenden

ärztlichen Maßnahmen und die medizinische Versorgung im Vergleich zu anderen Krankenhäusern niedrigere[n] Standard“.<sup>44</sup>

Häufig missverstanden wird in diesem Zusammenhang eine alte Grundsatzentscheidung, in welcher der BGH die Pflicht zur einrichtungsbezogenen Aufklärung über eine relative Mangelausstattung verneinte, wenn dieselbe Behandlung andernorts mit einem lediglich „etwas geringeren Komplikationsrisiko“ verbunden ist.<sup>45</sup> Die Formulierung besagt schon nach ihrem Wortsinn lediglich, dass der BGH niemanden mit Aufklärungspflichten belasten will, wenn die Ausstattungsunterschiede für den Patienten medizinisch nicht ins Gewicht fallen. Besteht hingegen eine „deutlich bessere Heilungschance für das schwere Leiden, wenn [die Behandlung] in einem größeren Krankenhaus mit besseren medizinisch-technischen Apparaten und vielleicht auch erfahrenen Ärzten erfolgte“,<sup>46</sup> dann ist hierüber ebenso aufzuklären wie über die beschränkten Möglichkeiten der personellen und apparativen Ausstattung von Belegkrankenhäusern.<sup>47</sup>

## Fazit für die Praxis

- Einrichtungsträger und Geburtshelfer stehen rechtlich dafür ein, dass ihre Patientinnen vorab über alle Gefahrerhöhungen aufgeklärt werden, die sich aus Standardunterschreitungen insbesondere bei der Personalausstattung ergeben und im Aufklärungszeitpunkt bekannt sind bzw. sein müssen.
- Die gleiche Pflicht sieht das Haftungsrecht vor im Hinblick auf die Ausstattungsunterschiede zwischen Einrichtungen verschiedener geburtshilflicher Versorgungsstufen, wenn sich diese für die konkrete Patientin medizinisch signifikant auswirken.

- Angesichts der Unvorhersehbarkeit des „eiligen Kaiserschnitts“ ist Einrichtungsträgern zur Veranlassung einer eher großzügigen Aufklärungspraxis zu raten. Umgekehrt dürfen die behandelnden Ärzte ihren haftungsrechtlichen (Aufklärungs-)Pflichten gegenüber der jeweiligen Patientin selbstverständlich nachkommen, ohne hierfür arbeitsrechtliche Sanktionen fürchten zu müssen.

## Korrespondenzadresse



**T. Neelmeier**  
Ulsenheimer & Friederich  
Rechtsanwälte  
Maximiliansplatz 12,  
80333 München  
Neelmeier@uls-frie.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** T. Neelmeier gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag enthält keine Studien an Menschen oder Tieren.

<sup>40</sup> Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 12. Aufl. 2013, Rn. 519.

<sup>41</sup> Für Hygienemängel BGH, Urt. v. 10.11.1970 – VI ZR 83/69, NJW 1971, 241.

<sup>42</sup> BGH, Urt. v. 27.09.1983 – VI ZR 230/81, NJW 1984, 655 = BGHZ 88, 248. Speziell für den Fall eines unbeaufsichtigten Einsatzes von Berufsanfängern s. aber die Beweisvermutung in § 630 h Abs. 4 BGB.

<sup>43</sup> BGH, Urt. v. 11.05.1982 – VI ZR 171/80, NJW 1982, 2121, 2123; Urt. v. 10.03.1987 – VI ZR 88/86, NJW 1987, 2291, 2293.

<sup>44</sup> BGH, Urt. v. 27.09.1983 – VI ZR 230/81, NJW 1984, 655 = BGHZ 88, 248.

<sup>45</sup> BGH, Urt. v. 22.09.1987 – VI ZR 238/86, NJW 1988, 763 = BGHZ 102, 17.

<sup>46</sup> BGH, Urt. v. 30.05.1989 – VI ZR 200/88, NJW 1989, 2321, 2322.

<sup>47</sup> BGH, Urt. v. 27.06.1978 – VI ZR 183/76, NJW 1978, 2337, 2339 = BGHZ 72, 132.



Kommentieren Sie diesen Beitrag auf [springermedizin.de](http://springermedizin.de)

► Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.