

Rechtsprechungs – Journal

2009



marie ENGELINGS
Rechtsanwaltsbüro

Fachübergreifende Informationen

Keine erneute Aufklärung des informierten Patienten

Wird ein Patient vor einer Zahnextraktion über das Risiko einer Nervläsion aufgeklärt, muss er über dieses Risiko nicht erneut aufgeklärt werden, wenn innerhalb von zwei Monaten ein Nachbarzahn extrahiert wird. Ein Hinweis auf eine fehlende medizinische Notwendigkeit der Extraktion eines Weisheitszahns ist entbehrlich, wenn dies dem Patienten bekannt ist.

Quelle: VersR 2009, Heft 12, S. 546 f, Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 13.12.2007



Zusage der Operation durch einen bestimmten Arzt ist auch gegenüber einem Kassenpatienten verbindlich

Wird einem Kassenpatienten vor einem operativen Eingriff im Aufklärungsgespräch das Tätigwerden eines bestimmten Operateurs in Aussicht gestellt, beschränkt sich die daraufhin erteilte Einwilligung auf das persönliche Tätigwerden dieses Operateurs.

Durch entsprechende Dokumentation und geeignete organisatorische Vorkehrungen ist sicherzustellen, dass die Operation auch durch diesen Arzt erfolgt.

Wird die Operation stattdessen abredewidrig durch andere Ärzte vorgenommen, haftet der Klinikträger wegen eigenmächtigen und rechtswidrigen Heileingriffs für die Folgen auftretender Komplikationen.

Quelle: VersR 2009, Heft 17, S. 785 f, Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 25.08.2008 – nicht rechtskräftig



Keine deliktische Haftung des Arztes für Versäumnisse seines Urlaubsvertreters

Begibt sich ein Arzt unmittelbar nach Durchführung einer Operation in Urlaub, darf er grundsätzlich darauf vertrauen, dass sein sorgfältig ausgewählter und berufserfahrener Kollege derselben Fachrichtung den Patienten postoperativ sachgemäß betreut.

Ohne konkreten Verdacht besteht auch keine Verpflichtung, die vom Urlaubsvertreter veranlassten Befunderhebungen und Diagnosen auf Plausibilität und Vollständigkeit zu überprüfen.

Quelle: VersR 2009, Heft 21, S. 980 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 10.04.2008



Die mangelnde Mitwirkung des Patienten an einer medizinisch gebotenen Behandlung schließt einen Behandlungsfehler nicht aus, wenn der Patient über das Risiko der Nichtbehandlung nicht ausreichend aufgeklärt worden ist.

Quelle: VersR 2009, Heft 27, S. 1267ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 16.06.2009



Cortison-Therapie: Besteht bei Unvernunft des Patienten die Pflicht zum Abbruch der Behandlung?

Eine Dauertherapie mit Glukokortikosteroiden (hier: Dexamethason®) ist trotz der damit verbundenen Risiken erheblicher Nebenwirkungen nicht behandlungsfehlerhaft, wenn Behandlungsalternativen nicht gegeben sind bzw. vom Patienten trotz eingehender Aufklärung über die Risiken der dauerhaften Kortisonbehandlung einerseits und diejenigen der Nichtbehandlung andererseits strikt abgelehnt werden.

Der Arzt (hier: Hausarzt) ist nicht verpflichtet, die Dauerbehandlung mit Glukokortikosteroiden trotz Überschreitens der sog. „Cushing-Schwellendosis“ abubrechen, wenn der Patient seinen medizinischen Ratschlägen nicht Folge leistet. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Entscheidung des Patienten nicht auf mangelnder Urteilskraft oder auf Unverständnis beruht, sondern auf einer bewussten Entscheidung für ein u.U. kürzeres, aber mit höherer Lebensqualität geführtes Leben.

Quelle: GesR 2009, Heft 1, S. 37 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 14.08.2008



Schweigepflicht gegenüber Eltern einer Minderjährigen

Auch bei minderjährigen Patienten ist der Arzt grds. Zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Annahme einer Unterrichtsverpflichtung des Arztes gegenüber den Eltern (hier: über das Bestehen einer Schwangerschaft) geht über deren bloßes Recht, über die Behandlung unterrichtet zu werden, hinaus.

Quelle: GesR 2009, Heft 1, S. 43 ff, Urteil des Landgerichts Köln vom 17.09.2008



Sturz aus dem Krankenhausbett

Der Krankenhaus-Aufnahmevertrag verpflichtet das Klinikpersonal, einen unruhig schlafenden Patienten im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren auch vor der Gefahr zu schützen, sich bei einem Sturz aus dem Bett zu verletzen. Gleichwohl ist das Anbringen von Bettgittern nur unter besonderen Umständen angezeigt, weil sie das Aufstehen behindern und daher ihrerseits Verletzungsträchtig sein können.

Trotz bestehender Indikation zum Anbringen von Bettgittern muss davon abgesehen werden, wenn der über die Risiken informierte, bewussteinsklare Patient eine derartige Sicherungsmaßnahme ablehnt.

Quelle: GesR 2009 / Heft 2, A. 85 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 28.05.2008



Herausgabe von Krankenunterlagen Verstorbener

Erben haben gegenüber dem Arzt zur Klärung von vermögensrechtlichen Ansprüchen einen Anspruch auf Einsicht in die Krankenunterlagen des verstorbenen Erblassers.

Um zu vermeiden, dass eine Einsicht durch die Erben eines Verstorbenen aus sachfremden Gründen verweigert wird, muss die Behandlerseite zumindest darlegen, unter welchen allgemeinem Gesichtspunkt sie sich durch die Schweigepflicht an der Offenlegung der Unterlagen gehindert sieht.

Quelle: GesR 2009 / Heft 2, S. 86ff, Urteil des Oberlandesgerichts München vom 09.10.2008



Sorgfaltspflichten des Spezialisten, dem ein Patient zugewiesen wird

Die Bindung des hinzugezogenen Arztes an einen Überweisungsauftrag bedeutet nicht, dass dessen Tätigkeit lediglich auf die technische Ausführung des Auftrages begrenzt, die Funktion des zugezogenen Arztes also lediglich in der eines Werkzeuges ohne eigene Verantwortung zu sehen wäre. Der hinzugezogene Arzt übernimmt vielmehr im Rahmen des Überweisungsauftrages in gewissem Umfang auch eigenständige Pflichten. Er bestimmt in eigener Verantwortung nicht nur die Art und Weise der Leistungserbringung (hier der Operation), sondern er muss auch prüfen, ob die von ihm erbetene Leistung den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht und nicht etwa kontraindiziert ist. Ebenso muss er prüfen, ob die von ihm erbetene Leistung ärztlich sinnvoll ist, ob also der Auftrag von dem überweisenden Arzt richtig gestellt ist und dem Krankheitsbild entspricht. Das gilt insbesondere dann, wenn sich der überweisende Arzt an einen Spezialisten oder an eine Klinik wegen einer Leistung wendet, die er selbst nicht erbringen kann.

Quelle: ArztR 2009 / Heft 4, S. 103 f, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 29.04.2008



Aufklärung vor chirotherapeutischem „Einrenken“

Vor einer chiropraktischen Manipulation an der Halswirbelsäule ist der Patient über die damit verbundenen Risiken aufzuklären (hier: Verletzung der Arteria vertebralis mit Durchblutungsstörungen einzelner Hirnareale).

Quelle: ArztR 2009 / Heft 4, S. 106, Urteil des Oberlandesgerichts Oldenburg vom 25.06.2008



Injektion einer Technetium-Lösung durch eine MTA

Eine MTA einer radiologischen Großpraxis ist generell berechtigt, unter Aufsicht des verantwortlichen Arztes intravenöse Injektionen mit schwach radioaktivem Technetium vorzunehmen. Auch wenn eine derartige Injektion grundsätzlich einen Eingriff darstellt, der zum Verantwortungsbereich des Arztes gehört, handelt es sich hierbei aber nicht um eine Tätigkeit, die aufgrund ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit oder Unvorhersehbarkeit zwingend von einem Arzt erbracht werden muss.

Quelle: ArztR 2009 / Heft 5, S. 133 f, Urteil des Oberlandesgerichts Dresden vom 24.07.2008



Auftreten eines Dekubitus kein voll beherrschbares Risiko

Das Risiko des Auftretens von Druckgeschwüren gehört nicht zu einem Bereich, der von dem Träger eines Pflegeheimes oder eines Krankenhauses und dem dort tätigen Personal tatsächlich voll beherrscht werden kann; das gilt insbesondere dann, wenn der Patient wegen eines bereits bestehenden Druckgeschwürs stationär behandelt wird und dem – letztlich erfolgreich – behandelnden Krankenhauspersonal wegen zwischenzeitlicher Rückschläge ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird.

Quelle: ZMGR 2009 / Heft 2, S. 107 f, Urteil des Oberlandesgerichts Braunschweig vom 07.10.2008



Therapeutische Aufklärungspflicht bei mangelnder Mitwirkung eines Patienten

Die mangelnde Mitwirkung des Patienten an einer medizinisch gebotenen Behandlung schließt einen Behandlungsfehler nur dann aus, wenn der Patient über das Risiko der Nichtbehandlung ausreichend aufgeklärt worden ist.

Quelle: ZMGR 2009 / Heft 5, S. 332 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 16.06.2009



Kein Akteneinsichtsrecht des Patienten in einen vom Krankenhauspersonal nachträglich verfassten Unfallbericht

Ein Krankenhauspatient hat keinen Anspruch auf Einsicht in einen Unfallbericht, den das Krankenhaus zur Information über ein Schadensereignis an seine Haftpflichtversicherung erstellt und weiter gegeben hat.

Wenn eine Krankenschwester einen Bericht über das Sturzereignis in der Klinik sieben Monate später erstellt, so folgt aus diesem zeitlichen Aspekt, dass die Stellungnahme nicht in Erfüllung der pflegerischen Dokumentationspflicht gefertigt worden ist.

Quelle: ZMGR 2009 / Heft 6, S. 391 f, Urteil des Landgerichts Bonn vom 02.09.2009

Chirurgie / Orthopädie / Urologie / HNO

Aufklärungspflichtverletzung und Rechtswidrigkeitszusammenhang mit Neulandmethoden

Aus der Tatsache, dass der Patient über noch nicht bekannte, mögliche Risiken der Neulandmethode (hier: Einsatz des Operationsroboters CASPAR in der Hüftgelenkendoprothetik) nicht aufgeklärt wurde, kann er keine Schadensersatzansprüche ableiten, wenn sich später lediglich ein Risiko verwirklicht, über das er im Rahmen der Grundaufklärung über den operativen Eingriff aufgeklärt worden war. Hat der Patient bei seiner Einwilligung das später eingetretene Risiko in Kauf genommen, so kann er bei wertender Betrachtungsweise nach dem Schutzzweck der Aufklärungspflicht aus der Verwirklichung dieses Risikos keine Haftung herleiten.

Eine Aufklärung darüber, dass bei der roboterassistierten Schafffräsung des Oberschenkelknochens größere Muskelschäden auftreten können als bei Anwendung der herkömmlichen „händischen“ Methode war beim Einsatz des Operationsroboters CASPAR bei einer Operation in Seitenlage von einem hinteren Zugang aus nicht erforderlich.

Quelle: VersR 2009, Heft 3, S. 113 f, Urteil des Landgerichts Nürnberg-Fürth vom 28.08.2008



Pflicht zur Aufklärung über erhöhtes Risiko einer Recurrensparese

Vor einer beidseitigen Rezidivstrumektomie ist über das im Vergleich zur Erstoperation deutlich (um den Faktor 10 bis 20) erhöhte Risiko einer permanenten Recurrensparese aufzuklären.

Beruft sich der geschädigte Patient darauf, er hätte sich in Kenntnis des erhöhten Risikos zunächst nur auf einer Seite operieren lassen, ist der Entscheidungskonflikt jedenfalls dann plausibel, wenn die Operation (auch) der anderen Seite nicht eilbedürftig war.

Quelle: VersR 2009, Heft 6, S. 261f, Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 14.04.2008



Verzicht auf Thromboseprophylaxe bei Ruhigstellung des Unterschenkels als grober Behandlungsfehler

Das Unterbleiben einer Thromboseprophylaxe bei einer die Muskelpumpe ausschaltenden zweiwöchigen Ruhigstellung des Unterschenkels durch einen Gipsverband kann sich im Einzelfall als grobes ärztliches Versäumnis darstellen, das eine Beweislastumkehr im Hinblick auf die Feststellung des Kausalitätsverlaufs rechtfertigt.

Quelle: VersR 2009, Heft 9, S. 403 f, Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 21.02.2008



Täuschung des Patienten über die Qualifikation des Operateurs einer Schönheitsoperation

Wird eine Patientin durch Täuschung über die Qualifikation des Operateurs zu einer nicht indizierten Schönheitsoperation (Brustvergrößerungs-OP) bewegt, steht ihr gegen die Behandlungsseite wegen behandlungsfehlerhaft durchgeführten schmerzhaften Operationen, deren Folgen und einem unbefriedigenden Operationsergebnis ein angemessenes Schmerzensgeld und ein Anspruch auf Rückzahlung des Arzthonorars zu.

Quelle: VersR 2009, Heft 17, S. 786 f, Urteil des Oberlandesgerichts Nürnberg vom 25.07.2008



Anforderungen an die Aufklärungs- und Dokumentationspflicht bei einem Eingriff mit hoher Risikodichte

Besteht eine Behandlungsalternative, darf der Arzt eine konkrete Empfehlung abgeben. Liegt diese unter Berücksichtigung aller Umstände des Krankheitsbildes im Rahmen des Vertretbaren, ist die therapeutische Aufklärung nicht zu beanstanden.

Erklärt der Arzt, seinen Hinweis auf ein bestimmtes Risiko (hier: Fußheberparese nach Umstellungsosteotomie) schreibe er üblicherweise in den Aufklärungsbogen, kann das Schweigen der Urkunde indizieren, dass der Hinweis im konkreten Fall versäumt wurde.

Sind bei einem ärztlichen Eingriff Vorkehrungen zur Vermeidung einer häufigen und schwerwiegenden Komplikation erforderlich (hier: Verletzung des Nervus peroneus), muss der Operationsbericht Angaben zu den Schutzmaßnahmen enthalten.

Für das Aufklärungsversäumnis eines Assistenzarztes haftet auch der operierende Oberarzt. Hat er die irrige Vorstellung, der Assistenzarzt habe den Patienten sachgemäß aufgeklärt, kann es am Verschulden fehlen. Den Oberarzt trifft die Darlegungs- und Beweislast für einen derartigen Irrtum.

Quelle: VersR 2009, Heft 23, S. 1077ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 12.02.2009



Keine hypothetische Einwilligung bei plausibler Darlegung eines Entscheidungskonflikts

Ergibt der kernspintomografische Befund im Eingang des Beckens links eine Raumforderung (Tumor) mit auffälliger Verbindung zum Neuroforamen L 4 links, ist der Patient vor der operativen Entfernung des Tumors über das Risiko einer Verletzung des Nervus femoralis aufzuklären.

Macht der geschädigte Patient glaubhaft, er hätte sich in Kenntnis des besonderen Risikos einer Nervverletzung von einem Neurochirurgen (statt des Urologen) operieren lassen, ist der Entscheidungskonflikt auch dann plausibel, wenn die Operation auch in das Fachgebiet des operierenden Urologen fällt und jener auf seinem Fachgebiet als allseits anerkannte Kapazität gilt.

Quelle: VersR 2009, Heft 24, S. 1119f, Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 28.04.2008



Inhalt und Umfang der Aufklärung vor Operation eines „Hammerzehs“ mittels Lasers

Bei der Resektion eines sogenannten „Hammerzehs“ mittels Lasergeräts ist im Rahmen einer ordnungsgemäßen Aufklärung darauf hinzuweisen, dass **Operationen am Fuß weit häufiger zu Infektionen und Wundheilungsstörungen** führen als Eingriffe in andere Körperregionen und deshalb Infektionen eintreten könnten, die bis hin zur Amputation des Fußes führen können. Ferner ist darüber aufzuklären, dass weder die Resektion mittels Lasers noch die anschließenden Laserbehandlungen eine Standardmethode darstellen.

Quelle: VersR 2009, Heft 26, S. 1231 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Brandenburg vom 13.11.2008



Kirschnerdraht auf OP-Tisch – voll beherrschbares Risiko

Tritt – längere Zeit – nach einer Knieoperation ein dabei verwendeter sogenannter Kirschnerdraht aus dem Rücken des Patienten und steht fest, dass sich der Patient bislang keinen weiteren Operationen unterzogen hat, kommt auch dann eine Haftung des operierenden Arztes nach den Grundsätzen voll beherrschbarer Risiken in Betracht, wenn der Kirschnerdraht nicht im Operationsbereich (Kniebereich) zurückgelassen wurde.

Quelle: GesR 2009 / Heft 2, S. 88 f, Urteil des Oberlandesgerichts Zweibrücken vom 16.09.2008

Anmerkung der Redaktion: Sachverständigerseits wird ausgeschlossen, dass der streitgegenständliche Kirschnerdraht im Kniebereich des Klägers zurückgelassen wurde und sodann im Körper bis zum Rücken hoch gewandert ist. Da jedoch eine andere Möglichkeit des Verbringens eines Kirschnerdrahtes in den Körper des Klägers mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, war der erkennende Senat davon

überzeugt, dass sich im Zusammenhang mit der Operation der 15 cm lange und 1,2 mm dicke Kirschnerdraht mit der spitzen Seite voran vollständig in den Rückbereich des Klägers gebohrt hat und dort bis zum Zeitpunkt der Entfernung acht Monate später verblieben ist. Nach den Ausführungen des Sachverständigen könnte sich durchaus ein Kirschnerdraht auf dem OP-Tisch oder in der OP-Abdeckung verfangen haben und der Draht hierbei unbemerkt in den Rücken des narkotisierten Klägers eingedrungen sein.

Der Senat bejahte eine Haftung, da das Treffen von Sicherheitsvorkehrungen zum Ausschluss des Zurücklassens von bei der Operation benutzten Hilfsmitteln im Körper des Patienten einem Bereich zuzuordnen sei, der von der Behandlerseite voll beherrscht werden kann und muss.



Umfang des OP-Berichts bei einer Prostatektomie

Die Dokumentation einer ärztlichen Maßnahme ist nur geboten, soweit sie aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Daher braucht z.B. die spannungsfreie Verknotung der Anastomosennähte nicht erwähnt zu werden. Ein Facharzt, der bereits 20 radikale Prostatektomien vorgenommen hat, führt keine Anfängeroperation durch. Beweiserleichterungen, die für die Anfängeroperation gelten, kommen daher nicht zur Anwendung.

Quelle: ArztR 2009 / Heft 5, S. 125 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Oldenburg vom 30.01.2008



Keine Haftung eines Rhinochirurgen für Subarachnoidalblutung mit Todesfolge

Verletzt ein HNO-Arzt bei einer Operation die Rhinobasis, was zu einer Blutung in den Subarachnoidalraum führt, kann sich ein typisches, trotz aller Sorgfalt nicht vermeidbares Risiko verwirklicht haben.

Erkennt der Arzt die Verletzung nicht und versäumt er daher eine sofortige Krisenintervention, handelt es sich nicht zwingend um einen groben Behandlungsfehler sondern um eine leicht fahrlässige, fehlerhafte ärztliche Behandlung.

Quelle: ArztR 2009 / Heft 1, S. 23, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 22.11.2007

Gynäkologie

Keine Aufklärungspflicht über Schnittentbindung bei fehlender Indikation

Der Geburtshelfer hat über die Möglichkeit der Schnittentbindung nur dann aufzuklären, wenn im konkreten Fall eine medizinische Indikation besteht (Beckenendlage, Missverhältnis zwischen Kindesgröße und mütterlichem Becken, übergroßes Kind etc.). Eine Fehlschätzung des tatsächlichen Geburtsgewichts (hier: 4630 g) belegt kein ärztliches Versäumnis, wenn die vorgeburtlichen Parameter vertretbar gedeutet wurden.

Selbst bei einem übergroßen Kind indiziert eine Armplexuslähmung nicht, dass unter der Geburt in unsachgemäßer Weise auf den Nasziturus eingewirkt wurde, wenn dafür kein konkreter Anhalt besteht. Die Schädigung führt daher nicht zu einer Beweiserleichterung oder Beweislastumkehr.

Quelle: VersR 2009, Heft 2, S. 70 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 12.06.2008



Auch schon im Jahr 1992 stellte die Entwicklung eines Kindes aus Beckenendlage durch Sectio eine echte Behandlungsalternative zur vaginalen Entwicklung dar, über die die Schwangere rechtzeitig aufzuklären war, um selbstbestimmt über die Behandlungsmethode zu entscheiden.

Erleidet ein Kind bei der Geburt eine Halsmarkläsion mit der Folge einer hohen Querschnittslähmung, so dass es lediglich in der Lage ist, die Arme zu bewegen, ist ein Schmerzensgeld in Höhe von 300.000,00 € und eine Schmerzensgeldrente von monatlich 600,00 € angemessen.

Quelle: VersR 2009, Heft 2, S. 71 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Nürnberg vom 15.02.2008



Keine vorsorgliche Aufklärung über die Alternative einer Sectio bei möglicher Makrosomie des Kindes

Über die Möglichkeit einer Schnittentbindung ist erst im Zusammenhang mit einer akuten Entbindungssituation aufzuklären.

Das gilt grundsätzlich auch bei Anzeichen für eine mit dem Risiko einer anamnestischen Schulterdystokie assoziierten Makrosomie des Feten. Ist in einem solchen Fall die werdende Mutter in der 37. Schwangerschaftswoche von ihrer Frauenärztin an die gynäkologische Abteilung eines Krankenhauses überwiesen worden, um die Notwendigkeit einer vorzeitigen Geburtseinleitung wegen „Gestosesymptomatik und kräftigem Feten“ abklären zu lassen, so besteht auch für den Krankenhausarzt keine „vor-gelagerte“ Aufklärungspflicht, wenn aufgrund der Kontrollbefunde eine

EPH-Gestose ausscheidet und das sachgemäß ermittelte Schätzwert von „nur“ 3500g eher gegen als für die Annahme eines makrosomen Kindes spricht.

In den Schutzbereich der Pflicht, bei einer sich konkret abzeichnenden Gefahrenlage für den Feten die Kindesmutter über die dem Kind günstigere Alternative einer Schnittentbindung aufzuklären, fallen in der Regel nur die dem Kind selbst erwachsenen Gesundheits- und Folgeschäden.

Quelle: VersR 2009, Heft 6, S. 259 ff, Beschluss des Oberlandesgerichts Bamberg vom 28.07.2008



Anforderungen an die pflegerische und ärztliche Überwachung eines Neugeborenen

Stellt die Nachtschwester einer Neugeborenenstation eine auffällige Unruhe und Schreckhaftigkeit des knapp 40 Stunden alten Säuglings fest, muss sie unverzüglich einen Arzt hinzuziehen. Hätte sich daraufhin mit Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiger Befund ergeben (hier: Sonnenuntergangsphänomen), kann ein grober ärztlicher Behandlungsfehler darin liegen, dass die notfallmäßige Verlegung in eine spezialisierte Kinderklinik um 45 Minuten verzögert wird.

Quelle: VersR 2009, Heft 18, S. 833 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 30.10.2008

Anmerkung der Redaktion: Nach Ansicht des Neonatologen waren die äußeren Zeichen des unter der Geburt in Gang gesetzten infektiösen Geschehens in den ersten Stunden des knapp 2 Tage alten Säuglings so weit ausgeprägt, dass die von der Nachtschwester beobachtete Schreckhaftigkeit ein signifikantes Leitmerkmal für die mit rasanter Geschwindigkeit sich entwickelnde Meningitis war. Die Unterlassung der Hinzuziehung des Arztes wird als ursächlich für den später aufgetretenen Hirnschaden angesehen.

Der Vorwurf richtet sich insofern auch gegen den Chefarzt, als dieser eine um 07.05 durch die Oberärztin angeordnete Verlegung durch die Anordnung unterließ, das Kind zur Beruhigung der Mutter anzulegen.



Ist eine Notsectio medizinisch dringend geboten, ist bei vitaler kindlicher Gefährdung in einem Perinatalzentrum ein Zeitbedarf von mehr als 20 min (hier: 30 min) nicht akzeptabel und als grober Behandlungsfehler anzusehen.

Leidet das Kind infolge einer Unterversorgung mit Sauerstoff u.a. unter schwerster geistiger Behinderung und ist es zudem schwerst körperlich behindert und blind und sind gravierendere geistige und körperliche Beeinträchtigungen kaum vorstellbar, so ist ein Schmerzensgeld in Höhe von 600.000,00 Euro angemessen, wenn der hinter dem beklagten Arzt ste-

hende Haftpflichtversicherer auf die dem Geschädigten unzweifelhaft zustehenden Entschädigungen über einen Zeitraum von eineinhalb bis zwei-einhalb Jahren keine Vorauszahlungen leistet.

Quelle: VersR 2009, Heft 26, S. 1232 f, Urteil des Landgerichts Gera vom 06.05.2009 – nicht rechtskräftig

Anmerkung der Redaktion: Der Sachverständige hat in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, dass nach dem steilflankigen Abfall der Herzfrequenz auf eine therapieresistente Bradykardie und die erfolglos eingeleitete Aktuttokolyse aus vitaler kindlicher Indikation die schnellstmögliche Entbindung durch einen Kaiserschnitt zwingend erforderlich war. Alle Maßnahmen, die einer Zeitminimierung des geburtsmedizinischen Erfordernisses abträglich waren, müssten als falsch bezeichnet werden. Hierzu zählten die wiederholte Kontrolle der kindlichen Herzaktionen mittels Ultraschall, die Auswahl respektive Organisation des Operationsteams, die juristischen Formalitäten geburtsmedizinischer und anästhesiologischer Aufklärung und Einverständniserklärung sowie Zuständigkeits- und Organisationsprobleme bei nicht nachgewiesener Pflichtenkollision im Hinblick auf die Arztpräsenz im Kreißaal. Insgesamt sei ein „Zeitbedarf“ von ca. 30 min bei zweifelsfreier vitaler kindlicher Gefährdung im Allgemeinen und speziell in einem Perinatalzentrum nicht akzeptabel und aus ärztlicher Sicht nicht nachvollziehbar und verständlich und dürfte aus ärztlicher Sicht eigentlich nicht vorkommen. Hinzunehmen sei eine maximale E-E-Zeit von 20 min, die sich aus den Erfahrungen und Absprachen zwischen Fachärzten ergebe und ihren Niederschlag in den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe gefunden hätte.



Die Formulierung in den Mutterschaftsrichtlinien, nach der bei jeder Schwangeren gegebenenfalls ein HIV-Test durchgeführt werden sollte, schließt nicht aus, dass die Durchführung des Tests zum fachärztlichen Standard gehört. Entscheidend ist der regionale fachärztliche Standard (hier: einer süddeutschen Großstadt). Das Nichtangebot des HIV-Tests an die Schwangere kann den regionalen fachärztlichen Standard verletzen.

Der fachärztliche Standard kann mittels einer repräsentativen Befragung sämtlicher regionaler Fachärzte ermittelt werden.

Quelle: VersR 2009, Heft 26, S. 1234 ff, Urteil des Landgerichts München vom 09.06.2008



Frühzeitige Verlegung in ein Perinatalzentrum bei absehbarer Frühgeburt

Muss mit der Geburt eines Kindes vor der 28. SSW und/oder mit der Geburt eines Kindes mit einem Gewicht von unter 1.000 g gerechnet werden,

muss die Kindesmutter auf jeden Fall frühzeitig in ein Zentrum der Maximalversorgung verlegt werden.

Quelle: ArztR 2009 / Heft 4, S. 103, Urteil des Oberlandesgerichts Oldenburg vom 06.02.2008

Zusammenstellung:

Rechtsanwältin
Marie G. Engelings
Im Ufforter Feld 14

47445 MOERS