

Rechtsprechungs – Journal

2010



marie ENGELINGS
Rechtsanwaltsbüro

Fachübergreifende Informationen

Unterlassen einer Desinfektion vor Injektionen ist ein grober Behandlungsfehler

1. Vor einer Injektion im Hals-Schulter-Bereich ist die betroffene Hautstelle des Patienten gründlich zu desinfizieren. Dies gilt auch beim notärztlichen Einsatz in einem häuslichen Umfeld.

2. Bei einem sogenannten „Quaddeln“ ist eine vorherige Desinfektion der Hände des behandelnden Arztes oder das Anlegen von Einweghandschuhen erforderlich.

Quelle: VersR 2010 Heft 5, Seite 216 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 20.08.2009



Unfallberichte an den Haftpflichtversicherer des Krankenhauses sind keine Dokumentation der Behandlungsseite

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

Quelle: VersR 2010, Heft 8, S. 358 f, Urteil des Landgerichts Bonn vom 02.09.2009



Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht vor einem Wahleingriff mit Behandlungsalternativen

Die ärztliche Aufklärungspflicht reicht umso weiter, je weniger dringlich ein Eingriff ist. Bei einem Wahleingriff ist auch über entfernt liegende Risiken aufzuklären.

Stehen mehrere Operationsmethoden mit unterschiedlichen Risiken und Chancen zur Wahl, muss auch darüber aufgeklärt werden. Ist der Patient geraume Zeit vor dem Eingriff derart aufgeklärt worden, kann eine erneute Selbstbestimmungsaufklärung unmittelbar vor der Operation entbehrlich sein.

Verhält sich die schriftlich dokumentierte Risikoaufklärung unmittelbar vor dem Eingriff über eine Operationsmethode, die gar nicht angewandt wurde, kann die gebotene Anhörung des aufklärenden Arztes gleichwohl die Überzeugung vermitteln, dass er auch über die Risiken des tatsächlich durchgeführten Eingriffs aufgeklärt hat.

Ist Beweis für ein gewissenhaftes Aufklärungsgespräch erbracht, sollte dem Arzt im Zweifel geglaubt werden, dass die Aufklärung auch in der gebotenen Weise erfolgte.

Quelle: VersR 2010, Heft 17, Seite 770ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 09.04.2009



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: ArztR 2010, Heft 7, Seite 183ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 16.06.2009



Fixierung bei Entzugssymptomatik

Eine Entzugssymptomatik, die sich in innerer Unruhe, Bettflüchtigkeit und Schlaflosigkeit zeigt, nicht jedoch in vegetativen Ausfällen, rechtfertigt eine – vorsorgliche – Fixierung des Patienten regelmäßig nicht.

Quelle: VersR 2010, Heft 23, S. 1041 f, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 17.12.2009



Anbringung von Bettgittern bei blindem Patienten

Die Blindheit eines Patienten reicht allein nicht aus, um eine Situation anzunehmen, in der die Anbringung von Bettgittern notwendig gewesen wäre.

Quelle: GesR 2010, Heft 1, S. 26f, Urteil des Oberlandesgerichts Bremen vom 22.10.2009



Stürzt ein sehbehinderter Patient einer pneumologischen Reha-Klinik bei besten Sichtverhältnissen auf dem Klinikgelände über eine 18 cm hohe Einfassung in ein 60 cm tiefes Wasserbecken, haftet der Klinikbetreiber nicht wegen Verletzung der Verkehrssicherungspflicht.

Quelle: GesR 2010, Heft 1, S. 27 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 27.08.2009



Telefonische Aufklärung

In einfach gelagerten Fällen kann der Arzt den Patienten grundsätzlich auch in einem telefonischen Gespräch über die Risiken eines bevorstehenden Eingriffs aufklären, wenn der Patient damit einverstanden ist.

Quelle: VersR 2010, Heft 26, S. 1183f, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 15.06.2010

Anmerkung der Redaktion: Wenn sich telefonische Aufklärungsgespräche nicht vermeiden lassen z.B. bei auswärtig lebenden Betreuern, die einer Operation eines nicht selbst entscheidungsfähigen Patienten zustimmen müssen, sollte der Inhalt des Aufklärungsgesprächs nachvollziehbar dokumentiert werden.



Fehlinterpretation von Symptomen eines leichten Schlaganfalls

Erleidet ein erheblich vorgeschädigter Patient während der Implantation einer Hüftgelenkprothese einen leichten Schlaganfall, liegt kein zur Umkehr der Beweislast führender Befunderhebungsmangel oder grober Diagnoseirrtum vor, wenn die Ärzte die postoperativen Symptome vertretbar als Folgen des orthopädischen Eingriffs deuten.

Quelle: VersR 2010, Heft 26, S. 1184 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 07.05.2009

Anmerkung der Redaktion: Diagnoseirrtümer verlagern die Beweislast nur dann vom Patienten auf den Arzt, wenn sie fundamentaler Natur sind.



Begrenzung der Einwilligung auf einen bestimmten Arzt

Will ein Patient abweichend von den Grundsätzen des totalen Krankenhausaufnahmevertrags seine Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff auf einen bestimmten Arzt beschränken, muss er seinen entsprechenden Willen eindeutig zum Ausdruck bringen.

Quelle: GesR 2010, Heft 8, S. 407 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 11.05.2010



Die Aushändigung des Perimed-Bogens ersetzt nicht das Aufklärungsgespräch

Die vier Monate vor einer Koloskopie erfolgte Aushändigung eines Perimed-Bogens, den der Patient am Behandlungstag dem Personal des Arz-

tes übergibt, ersetzt nicht das erforderliche Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patient.

Quelle: GesR 2010, Heft 4, S. 207, Urteil vom Oberlandesgericht Oldenburg vom 27.05.2009



Paravasat bei Chemotherapie

Ob der venöse Zugang für eine Chemotherapie am Handrücken oder am Unterarm erfolgt, ist keine Frage verbindlichen medizinischen Standards, sondern des ärztlichen Ermessens. Ein Paravasat stellt nicht deshalb einen Behandlungsfehler dar, weil der Arzt entgegen einer gewissen Üblichkeit den Zugang über den Handrücken gewählt hat.

Quelle: GesR 2010, Heft 7, S. 371 ff, Beschluss des Oberlandesgerichts Köln vom 29.03.2010



Sturz einer bewegungsbeeinträchtigten Patientin

Ist der mit einer Knieprothese versorgten erwachsenen und orientierten Patientin gesagt worden, sie dürfe nicht selbstständig aufstehen, darf das Klinikpersonal grundsätzlich darauf vertrauen, dass diese Anweisung beachtet wird.

Muss die Patientin für eine Untersuchung aus dem Rollstuhl auf eine Untersuchungsliege verbracht werden, darf sie den Umstand, dass der Arzt den Rollstuhl nach der Untersuchung an die Liege schiebt, nicht als Aufforderung verstehen, sich nunmehr ohne fremde Hilfe wieder in den Rollstuhl zu setzen.

Quelle: GesR 2010, Heft 11, S. 614f, Beschluss des Oberlandesgerichts Koblenz vom 21.07.2010, rechtskräftig durch Berufungsrücknahme



Verantwortung des Assistenzarztes trotz vertikaler Arbeitsteilung

Ein Assistenzarzt darf auf die vom Facharzt angeordneten Maßnahmen vertrauen, sofern nicht für ihn erkennbare Umstände hervortreten, die ein solches Vertrauen nicht gerechtfertigt erscheinen lassen. Der nachgeordnete Arzt haftet daher nur bei einem allein von ihm zu verantwortenden Verhalten. Wurde die Schädigung durch ein Unterlassen begangen, bedarf es Vortrags dazu, ob und inwieweit der Facharzt gegenüber dem nachgeordneten Arzt etwaige Anweisungen zur (Nicht-)Vornahme von medizinisch gebotenen Befunderhebungen erteilt hat.

Quelle: VersR 2010, Heft 35, S. 1601ff, Urteil des Oberlandesgerichts Brandenburg vom 25.02.2010



Anforderungen an die Risikoaufklärung vor kosmetischer Operation (hier: Bauchfettabsaugung)

Vor einer Bauchfettabsaugung ist über das Risiko von Hautfalten Überschüssen sowie Dellen-, Furchen- und Faltenbildung der Haut aufzuklären. Dieses Risiko ist bei einer 54-jährigen, unter einer Fettschürze leidenden Patientin deutlich erhöht. Über die Risikoerhöhung ist aufzuklären.

Es stellt eine unzulässige Verharmlosung dar, wenn der Arzt das Risiko aufgrund eigener Erfahrung mit 2 % beziffert, obwohl in der medizinischen Literatur insoweit keine Zahlen publiziert sind, die Risikorate nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung aber wesentlich höher ist.

Quelle: VersR 2010, Heft 35, S. 1606 f, Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 21.12.2009



Kontrolluntersuchung bei unklarem Mamma-Befund

Ein Arzt, der einen Patienten wegen eines unklaren Befundes auf die Notwendigkeit einer erneuten Vorsorgeuntersuchung hinweist und ihm dafür einen Zeitkorridor nennt, ist nicht verpflichtet, den Patienten an die Terminwahrnehmung zu erinnern.

Quelle: GesR 2010, Heft 10, S. 546 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 24.06.2010

Chirurgie / Orthopädie / Urologie

Deutet das klinische Bild auf einen massiven, bei konservativem Vorgehen möglicherweise irreversiblen Schaden, ist die Operation eines Bandscheibenvorfalls dringend indiziert. Darüber ist der Patient aufzuklären. Unterbleibt die Aufklärung, ist davon auszugehen, dass er sich beratungsgemäß verhalten hätte.

Werden Bandscheibenteile, die wahrnehmbar in den Spinalkanal eingedrungen sind, nicht entfernt, liegt darin ein grober Behandlungsfehler. Gleiches gilt für eine Verletzung der Dura an drei Stellen, die einem erfahrenen Operateur schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Quelle: VersR 2101, Heft 11, Seite. 480 ff., Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 29.10.2009



Darlegungs- und Beweislast bei einem Lagerungsschaden des operierten Patienten

Die Darlegungs- und Beweislast für die technisch richtige Lagerung des Patienten während einer Operation trifft die Behandlungsseite. An den Nachweis sind maßvolle, den Klinikalltag berücksichtigende Anforderungen zu stellen.

Ein selbst in einem operativen Fach tätiger langjährig berufserfahrener Arzt muss als Patient nicht über das Risiko eines Lagerungsschadens aufgeklärt werden.

Quelle: VersR 2010, Heft 14, S. 626, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 22.10.2009

Anmerkung der Redaktion: Grundsätzlich trifft den Arzt die Darlegungs- und Beweislast für die technisch richtige Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch und in der Aufwachphase, das heißt, er muss nachweisen, dass sämtliche zum Schutz des Patienten vor etwaigen Lagerungsschäden einzuhaltenden Regeln beachtet wurden. Die Rechtsprechung geht hierbei davon aus, dass es sich um einen seitens der Behandlerseite voll beherrschbaren Bereich handelt. Da es in der Natur der Sache liegt, dass ein Arzt nach einem längeren Zeitraum nicht mehr alle Details der Lagerung des klagenden Patienten wiedergeben kann, reicht ein Hinweis auf standardisierte Abläufe im Operationsalltag aus. Die Beweiskraft wird deutlich erhöht, wenn die Lagerungsstandards schriftlich niedergelegt sind und entweder in den OP-Sälen aushängen oder jederzeit ein Zugang z.B. über Intranet möglich ist.



Keine ärztliche Aufklärungspflicht über technische Details einer Operation

Vor einer Knorpel-/Knochen transplantation vom Knie- in das Sprunggelenk muss der Arzt den Patienten nicht darüber aufklären, an welcher Stelle des Kniegelenks er Knorpel entnimmt, wenn das konkrete Behandlungskonzept dem Stand der medizinischen Wissenschaft zum Zeitpunkt des Eingriffs entspricht.

Quelle: VersR 2010, Heft 20, Seite 908 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 06.01.2010



Über das Risiko eines Misserfolgs des beabsichtigten Eingriffs (hier: offene Operation am Fersenbein) ist nicht unter Angabe konkreter Prozentzahlen aufzuklären. Es reicht aus, wenn dem Patienten mitgeteilt wird, dass die Operation trotz aller ärztlichen Kunst fehlschlagen kann mit dem Ergebnis, dass die Leiden, Ausfälle und Beschwerden sich nicht bessern oder gar verschlimmern.

VersR 2010, Heft 26, S. 1185 f, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 12.11.2009



Aufklärung vor Leistenhernienoperation

Bei einer Leistenbruchoperation ist über die in Betracht kommenden verschiedenen Operationsmöglichkeiten (mit und ohne Netzimplantation, konventionell oder in laparoskopischer Technik) aufzuklären, da es sich um mittlerweile standardmäßige Methoden zur Leistenbruchversorgung handelt, die im Hinblick auf die Möglichkeit eines Rezidivs des Leistenbruchs sowie die auftretenden speziellen Risiken unterschiedlich sind.

Kommt es kurzfristig zu einem Wechsel der Operationsmethode (hier: Operation in laparoskopischer Technik statt konventionell), ist der Eingriff von der Einwilligung in die Operation nach der konventionellen Technik nicht gedeckt. Eine Einwilligung aufgrund einer erst am Tage der Operation vorgenommenen Aufklärung über die Operation in laparoskopischer Technik, bei der der Patient bereits unter Medikamenteneinfluss steht, ist unwirksam.

Kommt es während des ohne wirksame Einwilligung durchgeführten Eingriffs zu einer Durchtrennung des Samenleiters des linken Hodens, ohne dass eine Beeinträchtigung der Zeugungsfähigkeit nachgewiesen ist, ist angesichts der verbleibenden theoretischen Vulnerabilität der Zeugungsfähigkeit für den Fall möglicher zukünftiger Beeinträchtigungen des rechtsseitigen Hodens ein Schmerzensgeld von 15.000,00 € angemessen.

Quelle: GesR 2010, Heft 11, S. 610 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Brandenburg vom 15.07.2010



H N O

Haftung bei Verharmlosung eines seltenen, aber gravierenden Risikos – endonasaler Siebbeineingriff mit Sehverlust

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist vor endonasalen Siebbeineingriffen über das operationstypische (seltene) Risiko von Sehstörungen bis hin zur äußerst seltenen Erblindung aufzuklären.

1. Wird ein Merkblatt zum Aufklärungsgespräch verwendet, darf es für einen medizinischen Laien nicht missverständlich sein.

Im konkreten Fall ging es um eine Kieferhöhlen-Operation durch die Nase, die auf dem Merkblatt unter drei möglichen Operationen anzukreuzen war. An anderer Stelle hieß es: „... müssen zusätzlich auch die Siebbeinzellen mitoperiert werden, so kann es ... zu schwerwiegenden Sehstörungen bis zum völligen Sehverlust kommen.“ Der Senat ist der Ansicht, dass der Patient den Hinweis auf dieses Risiko nicht auf den bei ihm beabsichtigten Eingriff beziehen musste, da ihm nicht gesagt worden sei, dass auch die Siebbeinzellen mit betroffen sein würden. Aus dem Aufklärungsbogen ergäbe sich gerade nicht, dass sich dieses operationstypische Risiko auf alle Arten der Sanierung der Kieferhöhle beziehen würde.

2. Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs ist auf jegliche Verharmlosung zu verzichten.

Im konkreten Fall hatte der Arzt auf die Frage des Patienten nach einer möglichen Verletzung des Auges geantwortet, dass ihm „solches noch nicht vorgekommen sei“. Diese Äußerung erachtete der Senat als eine unzulässige Verharmlosung eines operationstypischen, nicht ganz seltenen Risikos, das bei seiner Verwirklichung gravierende Folgen haben kann. Sie verhindere im Endeffekt ein Nachfragen des Patienten, weil er damit gewissermaßen die Qualifikation des Operateurs in Zweifel ziehen würde. An dieser Stelle hätte der Arzt (auch im Hinblick auf das missverständliche Aufklärungsfomular) seiner Äußerung korrekterweise eine Erläuterung der Operation und der Häufigkeit des Risikos einer Augenverletzung anfügen müssen, mit der Bemerkung, dass diese Komplikation mit absoluter Sicherheit auch von ihm nicht ausgeschlossen werden könne.

Quelle: ArztR 2010, Heft 7, Seite 191f, Beschluss des Oberlandesgerichts Koblenz vom 17.11.2009



Versehentliches Belassen einer Tamponade

Ein Schmerzensgeld von 20.000,00 € ist angemessen, wenn ein HNO-Arzt bei einer Operation eine zur Stillung der Blutung verwendete Tamponade versehentlich in der Nasennebenhöhle und Stirnhöhle der Patientin belässt und sie dadurch über eine Zeit von 3,5 Jahren an häufigen Fieberzuständen, Kopfschmerzen und Müdigkeit leidet sowie als Dauerfolge den

Geruchssinn weitgehend verliert und immer noch häufig an Kopfschmerzen leidet.

Quelle: GesR 2010, Heft 4, S. 206f, Urteil des Oberlandesgerichts München vom 05.11.2009

*

Augenheilkunde

Aufklärung vor LASIK-OP am Auge

Über das gesteigerte Risiko der Blendempfindlichkeit als Folge einer Laser-Operation am Auge war auch schon im Jahr 2000, als diese Operation noch als Neulandmethode anzusehen war, gründlich und umfassend aufzuklären, weil Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen Pupillendurchmesser, Größe der Behandlungszone und Blendungserscheinungen schon vorhanden waren.

Leidet ein 21-jähriger Patient infolge einer rechtswidrigen Laser-Operation in einem Maße an erhöhten Blendungserscheinungen, dass er ohne unzumutbare Hilfsmittel nicht mehr ein Kraftfahrzeug führen kann, ist ein Schmerzensgeld von jedenfalls 10.000,00 € angemessen.

Quelle: GesR 2010, Heft 7, S. 369 f, Beschluss des Oberlandesgerichts Köln vom 10.02.2010

Gynäkologie

Die Gabe eines die Wehen fördernden Nasensprays durch eine Hebamme ist vor Eintreffen des die Geburt leitenden Arztes grob fehlerhaft

Für Fehler einer Hebamme muss der in Rufbereitschaft wartende Belegarzt erst ab dem Zeitpunkt eintreten, in welchem die Leitung der Geburt zu seiner Vertragsaufgabe geworden ist. Durch einen zutreffenden telefonischen Rat wird der Arzt nicht zum verantwortlichen Geburtshelfer.

Außer für Mängel der geburtsrelevanten Ausstattung haftet ein Krankenhaus für Versäumnisse von Belegarzt und Beleghebamme selbst dann nicht, wenn die Kindeseltern irrig davon ausgehen, Vertragspartner sei auch der Krankenhausträger.

Verabreicht die Hebamme der Gebärenden ein Medikament, das in der konkreten Situation absolut kontraindiziert ist (wehenförderndes Nasenspray), steht der Einschätzung dieses Fehlers als grob nicht entgegen, dass der gerichtliche Sachverständige die Applikation durch einen Arzt lediglich als „grenzwertig“ bezeichnet hat. Anders als dem Arzt ist es der Hebamme nämlich nicht möglich, einer Entgleisung des weiteren Geburtsgeschehens durch sofortige Notsectio zu begegnen.

Quelle: VersR 2010, Heft 8, Seite 356 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 05.02.2009



Besteht die Möglichkeit, Myome mit hoher Erfolgsaussicht konservativ zu behandeln, so fehlt für die Entfernung der Gebärmutter die Indikation.

Quelle: VersR 2010, Heft 11, Seite 482f., Urteil des Landgerichts Berlin vom 08.10.2009



Eine Haftung des die Schwangerschaft betreuenden Arztes wegen der Geburt eines behinderten Kindes auf Ersatz der damit verbundenen Unterhaltsbelastung kommt nur in Betracht, wenn feststeht, dass die Schwangerschaft bei zutreffender Diagnostik hätte rechtmäßig abgebrochen werden dürfen. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Abbruch auch tatsächlich erfolgt wäre.

Diese Voraussetzungen hat im Streitfall die Patientin zu beweisen.

Wird der hypothetische Schwangerschaftsabbruch auf § 218 a Abs. 2 StGB gestützt, so genügen bloße Beeinträchtigungen in ihrer Lebensführung nicht. Auch eine schwere Behinderung des Kindes stellt allein keinen hinreichenden Rechtfertigungsgrund dar. Voraussetzung ist der Nachweis,

dass aufseiten der Mutter eine gesundheitliche Beeinträchtigung von Krankheitswert zu erwarten gewesen wäre.

Quelle: VersR 2010, Heft 20, S. 909 f, Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart vom 31.08.2009



Besondere Anforderungen an die Begleitung einer monochorisch-monoamniotischer Zwillingsschwangerschaft

Eine monochorisch-monoamniotische Zwillingsschwangerschaft stellt eine besondere Risikoschwangerschaft dar, die besondere Anforderungen an die Begleitung der Schwangerschaft und die Planung der Geburt stellt.

Liegt bei einem ersten, die spätere Aufnahme in das Krankenhaus vorbereitenden Gespräch dieser Befund vor und spricht die Schwangere die Frage einer Kaiserschnittentbindung an, so stellt es einen groben Behandlungsfehler dar, wenn die das Gespräch führende Hebamme daraufhin nichts Besonderes veranlasst und auch keinen Arzt hinzuzieht.

Kommt es später zur Geburt eines behinderten Kindes, so kehrt sich deshalb hinsichtlich der Kausalität zwischen schädigender Handlung/Unterlassung und dem eingetretenen Schaden die Beweislast um.

Quelle: GesR 2010, Heft 7, S. 373 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Naumburg vom 11.03.2010



Aufklärungsverpflichtungen bei elektiver Mastektomie bei Krebsangst

Ist ein spezialisiertes Krankenhaus (hier: Brustzentrum) in die Frage der Indikation einer nur elektiven Mastektomie (wegen Krebsangst) maßgeblich eingebunden, so obliegt die Aufklärung der Patientin über die Frage der Indikation und nicht nur über die spezifischen Risiken der Operation den operierenden Ärzten des Krankenhauses.

Im Rahmen der patientenbezogenen sorgfältigen Aufklärung über die Indikation einer auf Krebsangst beruhenden Mastektomie muss der Arzt die durch den Eingriff erzielbare Verbesserung der Sicherheit mit ihr besonders besprechen. Der Komplexität und Tragweite der Entscheidung zu einer sich letztlich als unnötig darstellender Operation muss Rechnung getragen werden. Einer möglicherweise übertriebenen Furcht vor Erkrankung muss der Arzt entgegenwirken. Sorgfältig nachzugehen hat der Arzt einem möglicherweise auf unzureichender Kenntnis beruhenden Verzicht der Patientin auf weitere diagnostische Maßnahmen. Der Operateur darf sich nicht darauf verlassen, dass eine gegenüber einem niedergelassenen Gynäkologen erklärte Einwilligung auf einer sachgerechten Aufklärung beruht.

Bei einer nicht von einer wirksamen Einwilligung gedeckten beidseitigen Mastektomie ist ein Schmerzensgeld von mindestens 60.000,00 € gerechtfertigt.

Quelle: GesR 2010, Heft 8, S. 409 ff, Beschluss des Oberlandesgerichts Köln vom 17.03.2010



Pflichten des geburtsleitenden Arztes bei nicht vorhersehbarem Kaiserschnitt

Bei einem problemlosen Verlauf der Schwangerschaft und ohne konkreten Anlass ist der Arzt nicht verpflichtet, mit der Schwangeren rein vorsorglich über mögliche Komplikationen bei der Entbindung und einen dann etwa notwendigen Kaiserschnitt zu sprechen.

Die Anwesenheit eines Kinderarztes ist bei einem bis zum Geburtsstillstand unauffälligen CTG nicht erforderlich.

Quelle: ArztR 2010, Heft 10, S. 272 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 04.12.2008



Im Versuch der vaginalen Entbindung bei einer infolge Geburtsgeschwulst nicht erkannten Stirnlage liegt nicht ohne Weiteres ein grober Behandlungsfehler.

Scheitert in einem derartigen Fall die Vakuumextraktion, weil die Saugglocke abreißt, kann es grob behandlungsfehlerhaft sein, nunmehr von einer Notsectio abzusehen und stattdessen weiterhin eine vaginale Entbindung zu versuchen. Dabei erfordert die Wertung des ärztlichen Vorgehens eine Gesamtbetrachtung des Geburtsgeschehens, weil auch in der Kumulation mehrerer einfacher Versäumnisse letztlich ein grober Fehler liegen kann. Da die grob fehlerhafte Verzögerung des gebotenen Kaiserschnitts um 12 Minuten geeignet ist, eine schwere Schädigung des Kindes herbeizuführen, trifft den Arzt die Beweislast für die fehlende Ursächlichkeit.

Quelle: VersR 2010, Heft 32, S. 1452 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 26.02.2009

Zusammenstellung:

Rechtsanwältin
Marie G. Engelings
Im Ufforter Feld 14

47445 MOERS