

Rechtliche Fragestellungen und forensische Probleme bei geburtsassoziiierter Plexusparese

R. Uphoff

- 30.1 Einleitung – 308**
- 30.2 Aufklärungsmangel – 308**
 - 30.2.1 Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zum Aufklärungsmangel – 309
 - 30.2.2 Cut-off-Werte – 309
 - 30.2.3 Rechtsfolgen der unterlassenen Aufklärung – 310
 - 30.2.4 Sekundäre Sectio als Behandlungsalternative – 311
- 30.3 Behandlungsfehler – 312**
 - 30.3.1 Allgemeines – 312
 - 30.3.2 Standardisiertes Vorgehen – 313
 - 30.3.3 Unterschreitungen des Facharztstandards – 314
 - 30.3.4 Fehlende oder unzureichende Dokumentation – 314
 - 30.3.5 Generell unzulässige Maßnahmen zur Behebung einer Schulterdystokie – 314
 - 30.3.6 Schadenshöhe – 315
- 30.4 Zusammenfassung – 316**
- Literatur – 316**

30.1 Einleitung

Die Entstehung von Armplexuspareisen – auch bei Kindern – kann auf unterschiedlichen Ursachen beruhen (Übersicht bei Müller-Vahl et al. 2014). Sieht man von den geburtsassoziierten Plexuspareisen ab, so stehen als Schädigungsursachen Unfälle im Vordergrund. Es ist auch bekannt, dass es bei fehlerhafter Lagerung eines Patienten auf dem Operationstisch zur Entstehung von Armplexuspareisen kommen kann, insbesondere in den Fällen, in denen beim Patienten eine bestimmte anatomische Besonderheit vorliegt, d. h. eine in den Armplexus hineinragende Halsrippe. Fälle solcher Art beschäftigen die Rechtsprechung extrem selten. Sie werfen auch keine besonderen rechtlichen Probleme auf.

Anderes gilt dagegen für die Fälle der geburtsassoziierten Plexuspareisen. Diese Geburtskomplikation kommt häufig vor und beschäftigt daher die Gerichte sehr oft.

Zur **Inzidenz der geburtsassoziierten Plexuspareise** liegen in der Literatur unterschiedliche Angaben vor; genaue statistische Erhebungen fehlen. Berle et al. zufolge, die eine Auswertung der Daten der Hessischen Perinatalerhebung und der Horst-Schmidt Kliniken in Wiesbaden vorgenommen haben, liegt die Inzidenz der Schulterdystokie bei 0,82 % aller vaginalen Geburten aus Schädel-lage, die Inzidenz der Plexuspareise bei 0,2 % (Berle et al. 2003). Diese Zahlenangaben ermöglichen folgende Abschätzung:

Die Gesamtzahl der Geburten lag im Jahre 2014 in der Bundesrepublik bei 714.927. Von dieser Zahl müssen Entbindungen durch Sectio und vaginale Entbindungen aus anderen Geburtslagen abgezogen werden. Bei Heranziehung üblicher Erfahrungssätze dürfte demgemäß die Zahl der vaginalen Geburten aus Schädel-lage bei etwa 470.000 gelegen haben. Geht man entsprechend den Angaben bei Berle davon aus, dass es in 0,82 % dieser Geburten zu Schulterdystokien und in 0,2 % zu einer Plexus-brachialis-Pareise gekommen ist, so errechnen sich folgende Zahlen:

- Jährliche Zahl der bei Geburt auftretenden Schulterdystokien: 3.854
- Jährliche Zahl der geburtsassoziierten Plexuspareisen: 940

Aus forensischer Sicht stellt demgemäß die geburtsassoziierte Armplexusschädigung ein Massenphänomen dar.

Die Zahl der Rechtsstreitigkeiten, die aus geburtsassoziierten Armplexuspareisen resultieren, ist nicht genau bekannt. Auch hierüber gibt es keine statistischen Angaben.

Aus den Vereinigten Staaten stammt die (ebenfalls nicht genauer belegte) Angabe, dass fast jeder Fall einer geburtsassoziierten Armplexusschädigung in einen Pro-

zess einmünde. Bezogen auf die Bundesrepublik dürfte dies nicht zutreffen, jedoch ist die Zahl der entsprechenden Prozesse auch hier hoch.

Für die Eltern eines geschädigten Kindes liegt in diesen Fällen die Vermutung nahe, dass die nach einer Schulterdystokie in der letzten Phase der Geburt auftretende Armplexuspareise durch ein anderes ärztliches Vorgehen hätte verhindert werden können, sei es durch eine prophylaktische Sectio, wenn schon vor der Geburt Risikofaktoren für das Auftreten einer Schulterdystokie bekannt waren, sei es durch anderes ärztliches Vorgehen nach erkannter Schulterdystokie. Obwohl die Rechtsprechung immer wieder betont hat, dass allein aus dem Auftreten einer geburtsassoziierten Armplexuspareise nicht auf einen ärztlichen Fehler geschlossen werden dürfte, drängt sich für den medizinischen Laien die Überlegung auf, dass, wenn in etwa 75 % der Fälle einer Schulterdystokie das Auftreten einer Armplexuspareise vermieden werden kann, auch in ihrem konkreten Fall eine Armplexuspareise möglicherweise vermeidbar gewesen wäre.

Die Auswirkungen einer Plexuspareise auf die Lebenschancen eines Kindes sind stark. Eine permanente Armplexuspareise führt typischerweise dazu, dass dem betroffenen Kind eine Vielzahl von Berufen, z. B. die Berufe eines Handwerkers oder eines Arztes, von vornherein unzugänglich sind. Auch das Spielen eines Musikinstruments ist unmöglich. Zudem führt eine Armplexuspareise zu erheblichen Einschränkungen bei der Ausübung eines Sports und zu einer drastischen Verminderung der Chance, zu heiraten und eine Familie gründen zu können. Diese Umstände lassen es verständlich erscheinen, dass es jedenfalls in einer sehr großen Zahl von Fällen geburtsassoziierte Armplexusschädigungen zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung kommt. Aus der anwaltlichen Praxis kann berichtet werden, dass die geburtsassoziierte Armplexuspareise die bei weitem am häufigsten auftretende forensisch bedeutsame Geburtskomplikation darstellt.

- **Insgesamt lässt sich demgemäß die Aussage treffen, dass Rechtsstreitigkeiten wegen geburtsassoziiertem Armplexuspareisen ebenso wie diese Pareisen selbst ein Massenphänomen darstellen.**

30.2 Aufklärungsmangel

Ein Erfolg des Patienten in einem Arzthaftungsprozess setzt allgemein entweder das Vorliegen einer Aufklärungsmangels oder eines Behandlungsfehlers voraus. Der Aufklärungsmangel spielt in Arzthaftungsprozessen eine sehr große Rolle. Das gilt auch für die Prozesse, in denen über die ärztliche Haftung wegen einer Schulterdystokie gestritten wird.

30.2.1 Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zum Aufklärungsmangel

Wie der Bundesgerichtshof in einer Vielzahl von Entscheidungen formuliert hat, ist der Arzt in einer normalen Entbindungssituation grundsätzlich nicht verpflichtet, die vor der Geburt stehende Frau auf die Möglichkeit einer Schnittentbindung hinzuweisen. Eine Aufklärung über das Bestehen einer Behandlungsalternative ist jedoch dann erforderlich, wenn sich eine Risikogeburt konkret abzeichnet bzw. dem Kind bei Durchführung oder Fortsetzung der vaginalen Entbindung erstzunehmende Gefahren drohen und eine Sectio im konkreten Fall unter Berücksichtigung der Konstitution und der Befindlichkeit der Mutter eine medizinisch verantwortbare Alternative darstellt (ständige Rechtsprechung BGH, Urt. v. 17.05.2011, VersR 2011, 1146, 1147). Der Arzt muss der Mutter in diesen Fällen eine Sectio anbieten; er muss ihr die letzte Entscheidung überlassen.

Diese Rechtsprechung gilt auch und besonders für die Fälle, in denen ein erhöhtes Risiko dafür besteht, dass es unter der Geburt zu einer Schulterdystokie kommt aus der sich dann eine Armplexusparese des Kindes ergeben kann (BGH VersR 1993, 835, 836).

Ob die Entbindung durch Kaiserschnitt als taugliche Prophylaxe einer kindlichen Armplexusparese in Betracht kommt, wird in Medizinerkreisen diskutiert. Das wesentliche Argument gegen den prophylaktischen Kaiserschnitt geht dahin, dass, wenn man konsequenterweise allen vor der Geburt stehenden Frauen für den Fall, dass ein erhöhtes Risiko einer Schulterdystokie besteht, die Sectio als Behandlungsalternative anbieten wollte, die Zahl der Schnittentbindungen auf eine nicht mehr tolerable Höhe ansteigen könne. Manchmal wird (mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen) zu berechnen versucht, wie viele Schnittentbindungen notwendig wären, um auch nur eine einzige Armplexusparese zu verhindern. Zusätzlich wird geltend gemacht, dass Schulterdystokien in der letzten Phase der Geburt häufig auch in Fällen auftreten, in denen präpartal keinerlei erhöhte Risiken ersichtlich waren.

Die Rechtsprechung hat diese Überlegungen bisher nicht übernommen. Der Bundesgerichtshof geht davon aus, dass die statistische Risikodichte für eine vor der Geburt stehende Frau letztlich ohne Bedeutung sei; es müsse in den Fällen, in denen eine Behandlungsalternative bestehe, weil für die vaginale Geburt erhöhte Risiken bestünden, der vor der Geburt stehenden Frau überlassen bleiben, ob sie ein bestimmtes Risiko in Kauf nehmen oder ihm ausweichen wolle. In der Rechtsprechung wird allgemein akzeptiert, dass eine ernsthafte Behandlungsalternative im Sinne der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs erst bei einer deutlichen Erhöhung der Risiken der vaginalen Geburt besteht. Es bedarf also der Festsetzung von Cut-off-Werten. Deren Festlegung im Einzelnen

überlässt der Bundesgerichtshof der medizinischen Wissenschaft, konkret also den im Rechtsstreit beauftragten Sachverständigen. Folgt ein Gericht dem von ihm beauftragten Sachverständigen, weil es sein Gutachten für überzeugend hält, so ist ein solches Urteil regelmäßig frei von irgendwelchen Rechtsfehlern, die der Bundesgerichtshof korrigieren könnte. Daraus folgt zwangsläufig, dass die Rechtsprechung der Untergerichte, deren Aufgabe darin besteht, Tatsachenentscheidungen zu treffen, nicht völlig einheitlich sein kann.

30.2.2 Cut-off-Werte

Obwohl es auch bei Kindern, deren Geburtsgewicht völlig im Bereich des Normalen liegt, zu Schulterdystokien kommen kann, ist gleichwohl anerkannt, dass die **fetale Makrosomie** das Hauptrisiko für eine Schulterdystokie darstellt. Sie dominiert als prädisponierender Faktor gegenüber allen anderen Einflussgrößen (Gnirs u. Schneider in Schneider et al. 2011 unter Hinweis auf zahlreiche Einzeluntersuchungen). Mit dem Geburtsgewicht steigt das Risiko einer Schulterdystokie steil an. Bei einem Geburtsgewicht von mehr als 4.000 g liegt es bei durchschnittlich 3 %, bei einem Geburtsgewicht von mehr als 4.500 g bei 11 % und bei einem Geburtsgewicht von mehr als 5.000 g bei 40 %.

Neben dem vorausgeschätzten Geburtsgewicht des Kindes gibt es eine große Anzahl weiterer Risikofaktoren. Sie werden in der gerichtlichen Praxis meistens der Einfachheit halber als »sonstige Risiken« bezeichnet.

Die Tendenz der Rechtsprechung, die sich in einer Vielzahl von Entscheidungen niedergeschlagen hat, geht dahin, bei Fehlen sonstiger Risikofaktoren eine ärztliche Aufklärungspflicht zu bejahen, sofern das mittels sonographischer Untersuchung vorausgeschätzte Geburtsgewicht des Kindes bei 4.500 g oder darüber liegt, weil in diesen Fällen das allgemeine Risiko einer Schulterdystokie signifikant erhöht ist (Übersicht über das Entscheidungsmaterial bei Martis/Winkhart 2014). Die Rechtsprechung stellt dabei auf das aus dem sonographischen Bild mithilfe bestimmter Formeln ermittelte Geburtsgewicht ab, ohne irgendwelche Risikozuschläge zu machen. Dieses ist insoweit bedenklich, da, wie allgemein bekannt ist, die sonographische Gewichtsschätzung relativ ungenau und gerade im oberen Bereich häufig zu niedrig ist.

Was die Behandlung der sonstigen Risikofaktoren anlangt, so ist die Rechtsprechung uneinheitlich. Es gibt eine Reihe von Risikofaktoren, die von manchen Sachverständigen als »unselbstständig« bezeichnet werden, weil sie lediglich zusätzliche Hinweise darauf geben, dass mit der Geburt eines makrosomen Kindes zu rechnen ist. Hierzu zählen:

- Adipositas der Mutter
- Über der Norm liegende Gewichtszunahme während der Schwangerschaft
- Vorausgegangene Geburt eines makrosomen Kindes
- Terminüberschreitung

Nach Auffassung der Mehrheit der Sachverständigen sind diese unselbstständigen Risikofaktoren nicht gesondert zu berücksichtigen.

Anderes gilt hingegen für den **mütterlichen Diabetes**, insbesondere den Gestationsdiabetes. Er führt vor allem in den häufigen Fällen, in denen er nicht erkannt und/oder behandelt worden ist, zu einem überproportionalem Wachstum des Kindes, und zwar, was entscheidend ist, zu einem dysproportionierten Wachstum, das vor allem den Körper des Kindes und weniger den Kopf betrifft. Aus diesem Grund sind makrosome Kinder diabetischer Mütter besonders gefährdet, da bei ihnen das Verhältnis des Kopfumfanges zum Umfang der Schulterbreite besonders ungünstig ist. Das Risiko einer Schulterdystokie ist in diesen Fällen um den Faktor 5 erhöht (Gnirs u. Schneider 2011).

Aus diesem Grunde besteht bei den Sachverständigen, die häufiger von den Gerichten herangezogen werden, mehrheitlich die Auffassung, dass bei dieser Konstellation der Cut-off-Wert niedriger festgesetzt werden müsste, d. h. auf 4.000 g.

Eine Sonderstellung unter den Risikofaktoren nimmt das **Wiederholungsrisiko** ein. Ist es bei einer vorangegangenen Geburt bereits zu einer Schulterdystokie gekommen, so liegt das Wiederholungsrisiko zwischen 7,3 und 25 %. Für diese Fälle geht die Mehrheitsmeinung dahin, dass über die Schnittentbindung als Behandlungsalternative immer aufgeklärt werden muss, zumal es eine Erfahrungstatsache ist, dass sich das Kindesgewicht bei Mehrgebärenden von Geburt zu Geburt erhöht (Gnirs u. Schneider 2011).

30.2.3 Rechtsfolgen der unterlassenen Aufklärung

Der Bundesgerichtshof bewertet ein vaginales Geburtsmanagement, sofern die Schnittentbindung eine ernsthafte Behandlungsalternative darstellte, über die aufgeklärt werden musste, in ständiger Rechtsprechung als rechtswidrig, sodass die Behandlungsseite für alle negativen Folgen der vaginalen Geburt haftet, insbesondere auch für eine Armplexusparese. War eine Aufklärung erforderlich, so muss der Arzt beweisen, dass sie stattgefunden hat.

Er kann sich zu seiner Verteidigung darauf berufen, dass für den Fall, dass die vor der Geburt stehende Frau korrekt über das Bestehen einer Behandlungsalternative

aufgeklärt worden wäre, diese sich für den normalen Geburtsmodus entschieden hätte. Das Argument der hypothetischen Einwilligung ist vom Bundesgerichtshof ausdrücklich zugelassen worden (BGH, Urt. v. 17.04.2007, VersR 2007, 999). Wird dieser Einwand geltend gemacht, so muss die Mutter stets vor Gericht angehört werden. Sie kann das Argument, sie hätte bei korrekter Aufklärung in den vaginalen Entbindungsmodus eingewilligt, jedoch schon mit der plausiblen Darlegung entkräften, dass sie bei korrekter Aufklärung in einen Entscheidungskonflikt gekommen wäre. Dies ist aber so gut wie immer möglich, weil die Mutter stets plausibel geltend machen kann, sie hätte, wenn ihr das Risiko dargestellt worden wäre, dass aus dem vaginalen Geburtsmodus eine Armplexusparese des Kindes resultieren könne, für ihre eigene Person die Risiken einer Sectio in Kauf genommen, als eine Schädigung des Kindes hinzunehmen.

Nicht selten wird vom am Rechtsstreit beteiligten Arzt oder Krankenhaus geltend gemacht, auch die Vornahme einer Schnittentbindung könne die Entstehung eines Armplexusschadens nicht mit völliger Sicherheit verhindern. Es wird diskutiert, dass es auch bei Schnittentbindungen – wenngleich nicht häufig – zu Armplexusschäden des Kindes kommen kann, weil manchmal beim Herausheben des Kindes aus dem Uterus nicht unerhebliche Kräfte aufgewandt werden müssen, die auf den Armplexus des Kindes einwirken können.

Dieses Argument ist nicht schlüssig. Richtig ist, dass, wenn sich der Haftungsgrund aus einem Aufklärungsmangel ergibt, der Kläger beweisen muss, dass der ihm entstandene Schaden aus der mangels Aufklärung rechtswidrigen Behandlung, hier also aus der vaginalen Geburt, resultiert.

Ein relevanter Einwand gegen das Bestehen dieses Kausalzusammenhanges ergibt sich jedoch nicht aus dem bloßen Hinweis auf die Möglichkeit, dass es auch bei einer Sectio zu einem Armplexusschaden kommen könne.

Wenn nach der Geburt des Kindes eine Armplexusschädigung festgestellt wird, nachdem in der letzten Phase der Geburt eine Schulterdystokie aufgetreten ist, die nur durch eine gewisse Kraftentfaltung überwunden werden konnte, so spricht alles dafür, dass der Armplexusschaden unmittelbare Folge der vorausgegangenen Schulterdystokie ist.

Die bloße Berufung darauf, dass es auch bei einem ganz anderen Verlauf zu einem Armplexusschaden des Kindes habe kommen können, würde das Bestehen eines solchen Kausalzusammenhanges nur ausräumen, wenn es bei der Schnittentbindung stets oder zumindest regelmäßig zu Armplexusschäden des Kindes käme, welches aber ersichtlich nicht der Fall ist. Die Berufung auf einen hypothetischen Kausalzusammenhang hilft dem Arzt, der die vor der Geburt stehende Frau nicht ordnungsgemäß aufgeklärt hat, also nicht weiter.

Demgegenüber wird die Berufung des Arztes auf das Fehlen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem vaginalen Geburtsmodus einerseits, der Schulterdystokie andererseits von den Gerichten durchaus ernstgenommen.

Der Arzt kann sich darauf berufen, dass im konkreten Fall der Armplexusschaden bereits intrauterin eingetreten sei, also in keinem Kausalzusammenhang zum Geburtsmodus stehe. Dieses Argument knüpft an eine Zahl US-amerikanischer Untersuchungen an, die auf die Möglichkeit der intrauterinen Entstehung von Armplexuspareesen hingewiesen haben. Es ist fast schon üblich geworden, dass im Rechtsstreit auch dieses Argument vorgebracht wird. Daher müssen sich die von den Gerichten beauftragten medizinischen Sachverständigen auch mit der Möglichkeit der intrauterinen Schadensentstehung auseinandersetzen.

Schon bei Zweifeln daran, ob die Armplexusparese des Kindes als Folge einer Schulterdystokie entstanden ist, kann die Aufklärungsrüge nicht durchdringen. Auf die fachmedizinischen Diskussionen hinsichtlich der Frage, ob Armplexusschäden auch intrauterin entstehen können, kann hier nicht eingegangen werden. Insoweit handelt es sich nicht um eine Rechtsfrage. Allerdings lässt sich feststellen, dass die große Mehrheit der Sachverständigen, die von Gerichten zur Erstattung geburtshilflicher Gutachten herangezogen werden, heute aufgrund der erwähnten amerikanischen Untersuchungen von der Möglichkeit einer intrauterinen Entstehung von Armplexusschäden ausgeht. Jedenfalls entspricht es dem gegenwärtigen medizinischen Diskussionsstand, dass sich diese Möglichkeit nicht ausschließen lässt.

Auf einem ganz anderen Blatt steht hingegen die Frage, ob in dem jeweiligen konkreten Geburtsfall, insbesondere also, wenn es in der letzten Phase der Geburt zu einer Schulterdystokie gekommen ist, die Möglichkeit einer **intrauterinen Entstehung** der unmittelbar nach der Geburt festgestellten Armplexusparese ernsthaft in Betracht gezogen werden kann. Die Erfahrung lehrt, dass dies höchst selten der Fall ist.

Die Fälle, in denen eine intrauterine Schadensentstehung denkbar ist, lassen sich von den Schulterdystokie-Fällen gut abgrenzen. Den einschlägigen Untersuchungen zufolge kommt eine intrauterine Schadensentstehung nur bei besonderen Konstellationen vor, d. h.:

- ☛ Bei Uterusmissbildungen, z. B. bei Vorliegen eines Uterus bicornis
- ☛ Beim Vorliegen von so genannten Uterussepten oder großen Myomen, die auf dem Körper des Kindes intrauterin Druck ausüben können
- ☛ Bei intrauterinen Malpositionen, insbesondere Querlagen

In solchen Fällen ist es nach derzeitigem Erkenntnisstand plausibel, dass es bereits intrauterin zu Krafteinwirkungen

auf den Armplexus kommen kann. Vor allem tritt jedoch in der letzten Phase der Geburt solcher Kinder, die meistens auch nicht makrosom, sondern eher unterdurchschnittlich groß sind, durchweg keine Schulterdystokie ein. Die Armplexusparese wird in diesen Fällen nach der Geburt meistens völlig überraschend festgestellt.

Ist das Kind nach der Geburt genauer untersucht worden, und zwar vor allem im Zusammenhang mit einer operativen Behandlung der Armplexusparese, so lässt sich zudem genau feststellen, in welcher Weise es zu den schädigenden Einwirkungen auf den Armplexus gekommen ist. Liegt, wie es häufiger der Fall ist, eine Zerrung oder Zerreißen der aus der Wirbelsäule austretenden Nervenstränge C5 bis Th1 vor oder sind Nervenwurzeln aus dem Rückenmark ausgerissen worden, so liegt ein Traktionsschaden vor, dessen Erklärung durch eine längerdauernde intrauterine Krafteinwirkung nicht möglich ist.

30.2.4 Sekundäre Sectio als Behandlungsalternative

Es kommt nicht selten vor, dass eine Entbindung zunächst im vaginalen Geburtsmodus begonnen wird, es unter der Geburt jedoch zu Schwierigkeiten kommt, insbesondere zu einem Geburtsstillstand. Es ist allgemein bekannt, dass die Makrosomie eines Kindes auch das Risiko eines Geburtsstillstandes erhöht.

In diesen Fällen wird dem geburtsleitenden Arzt eine schnell zu treffende Entscheidung **abverlangt**.

Befindet sich der Kopf des Kindes noch auf Beckenmitte, so kommen neben der Sectio vor allem die Methoden der vaginal-operativen Entbindung (Forzepsentbindung, Vakuumextraktion) in Betracht. Manche Geburtshelfer entscheiden sich in diesen Fällen auch für die Anwendung des Kristeller'schen Manövers. Bei allen diesen Entbindungsmethoden kommt es zu einer erheblichen Erhöhung des Risikos der Schulterdystokie.

- **Forzeps- und Vakuumextraktion, erst recht das Kristeller'sche Manöver stellen sekundäre Risikofaktoren für den Eintritt einer Schulterdystokie dar (Gnirs u. Schneider 2011).**

Es kommt vor, dass in diesen Fällen bei richtiger Betrachtung keine Behandlungsalternative besteht. Ist z. B. das Kind akut durch Sauerstoffmangel bedroht, was regelmäßig aus dem CTG ersichtlich ist, und steht der Kopf des Kindes bereits zangen- oder vakuumgerecht, so ist die vaginal-operative Entbindung vorzugswürdig, weil sie schneller geht.

Umgekehrt gilt: Befindet sich der Kopf des Kindes noch nicht in zangen- bzw. vakuumgerechter Position, so

ist eine vaginal-operative Entbindung zu gefährlich; dann ist die Sectio vorzugswürdig.

Die kritischen Fälle sind diejenigen, in denen die Sectio einerseits, die vaginal-operative Entbindung andererseits zur Wahl stehen, also beides ernsthaft in Betracht kommt. In diesen besteht eine Behandlungsalternative, über die konsequenterweise die im Geburtsvorgang befindliche Frau aufgeklärt werden muss.

Der Bundesgerichtshof hat in diesem Zusammenhang entschieden, dass, sofern eine solche Situation schon vor Geburtsbeginn konkret vorhersehbar war, die Mutter vorab aufgeklärt und gefragt werden müsse, wie sie sich in einem solchen Fall entscheiden wolle.

War die Situation nicht vorhersehbar, so stellt sich die Frage, ob noch unter der Geburt eine Aufklärung der gebärenden Frau über Behandlungsalternativen möglich und notwendig sei. Von Ärzten wird dies häufig verneint. Eine Frau, die unter Geburtswehen stehe, sei für irgendwelche ärztlichen Ansprachen nicht mehr zugänglich. In solchen Fällen müsse also der Geburtshelfer allein die Entscheidung über das weitere Vorgehen treffen.

Tatsächlich entspricht es jedoch nicht der allgemeinen Erfahrung, dass eine Frau unter der Geburt nicht mehr ansprechbar sei. Wenn man berücksichtigt, dass es im Grunde um eine sehr einfache Wahl geht, dass also die unter der Geburt stehende Frau nur zu fragen ist, ob sie eine Sectio oder eine vaginal-operative Entbindung vorziehe, wird man im allgemeinen sagen können, dass eine solche Ansprache durchaus noch möglich ist, dies speziell in den Fällen, in denen unter der Geburt zur Schmerzdämpfung eine Peridural- oder Spinalanästhesie eingesetzt worden ist.

In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, dass, da nach allgemeinen Regeln auch in dieser Phase der Geburt die Mutter über eine bestehende Behandlungsalternative aufgeklärt werden muss, den Arzt die Beweislast für die Behauptung trifft, eine Aufklärung selbst in der notwendigen äußerst kurzen und prägnanten Form sei nicht mehr möglich gewesen.

Im Ergebnis bedeutet dies, dass es in diesen Fällen, in denen sich der geburtsleitende Arzt, ohne nach irgendwelchen Wünschen oder Willensäußerungen der Mutter zu fragen, eigenmächtig für die vaginal-operative Entbindung entscheidet, zur Feststellung der ärztlichen Haftung kommt, sofern es bei Einsatz der Zange oder der Sauglocke (und erst recht bei Anwendung des Kristeller'schen Manövers) zu einer Schulterdystokie kommt, die dann nachfolgend in eine Armplexusparese einmündet.

Gegen diese Entscheidungen ist von Ärzten der Einwand erhoben worden, die Gerichte maßten sich an, unter Inanspruchnahme einer Sachkunde, die ihnen nicht zukomme, in ihre Therapiefreiheit einzugreifen.

Der Einwand ist ungerechtfertigt; denn die ärztliche Therapiefreiheit besteht nur in den Grenzen des Rechts.

Jede ärztliche Therapie muss Entscheidungsfreiheit und Menschenwürde des Patienten beachten. Sofern in einer konkreten Situation, in der eine aufklärungsbedürftige Behandlungsalternative besteht, dem Patienten sein Wahlrecht genommen wird, liegt in gerichtlichen Entscheidungen, die hieran eine Sanktion knüpfen, kein Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit.

30.3 Behandlungsfehler

30.3.1 Allgemeines

Wird vom Kläger geltend gemacht, dass eine geburtsassoziierte Plexusparese auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen sei, so stellt sich die Beweislast für den Kläger auf den ersten Blick viel ungünstiger dar als in den Fällen, in denen ein Aufklärungsfehler geltend gemacht wird.

In den Fällen, in denen die Haftung auf einen Aufklärungsmangel gestützt wird, braucht der Kläger, wenn seine Klage schlüssig sein soll, im Rechtsstreit nicht mehr vorzutragen, als dass eine Situation gegeben war, in der eine Aufklärung über eine Behandlungsalternative erforderlich gewesen wäre (dies muss er beweisen), und dass eine Aufklärung nicht erfolgt sei. Ist streitig, ob in einem solchen Fall eine ordnungsgemäße Aufklärung erfolgt ist, so liegt noch dazu die Beweislast bei der Behandlungsseite.

Die Anforderungen an die vom Kläger zu erbringenden Beweise sind demgegenüber in dem Fall, dass geltend gemacht wird, der Gesundheitsschaden des Kindes beruhe auf einem Behandlungsfehler, weitaus höher.

➤ Der bloße Umstand, dass es bei einer Geburt nach Eintritt einer Schulterdystokie zu einer Armplexusparese des Kindes gekommen ist, rechtfertigt, wie die Rechtsprechung immer wieder betont hat, nicht den Schluss auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers und begründet auch keine in diese Richtung gehende Vermutung.

Obwohl in der großen Mehrzahl der Schulterdystokien (nach den Angaben bei Berle in mehr als 75 % der Fälle) der Eintritt einer Armplexusparese vermieden werden kann, entspricht es allgemeiner Auffassung, dass auch bei völlig kunstgerechtem Vorgehen zur Behebung einer Schulterdystokie der Eintritt einer Armplexusparese nicht immer verhindert werden kann.

Der Patient muss jedoch nicht nur das Vorliegen eines Behandlungsfehlers beweisen, sondern auch den Kausalzusammenhang zwischen diesem Behandlungsfehler und dem Primärschaden, d. h. dem Eintritt der Armplexusparese. Zu einer Beweislastumkehr in der Kausalitätsfrage kommt es nach feststehender Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nur, wenn der der Behandlungsseite anzu-

lastende Fehler als »grob« im Sinne der vom Bundesgerichtshof in ständiger Rechtsprechung verwendeten Definition anzusehen ist.

Ein **grober Behandlungsfehler** liegt nach dieser sehr unscharfen Definition vor, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und dadurch einen Fehler begangen hat, der aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint weil ein solcher Fehler einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (BGH, Urt. v. 19.06.2012, NJW 2012, 2653). Das Vorliegen eines solchen Behandlungsfehlers kann festgestellt werden, wenn bei objektiver Betrachtung Verstöße gegen elementare medizinische Behandlungsstandards oder elementare medizinische Erkenntnisse vorliegen (Geiß/Greiner 2014, S. 211 mit umfangreichen Nachweisen).

Diesen für den Kläger bestehenden Beweismängeln steht, was für die Praxis entscheidend ist, jedoch gegenüber, dass die Standards, an denen sich die geburtshilfliche Behandlung messen lassen muss, weitgehend feststehen, im Prinzip sogar völlig unumstritten sind. Während im Bereich der Aufklärung über Behandlungsalternativen vieles streitig ist, herrscht über das richtige Vorgehen zur Behebung der Schulterdystokie kein Streit, sodass sich insoweit die Gerichte, die Sachverständigen und auch die Prozessparteien auf viel sichererem Boden bewegen als im Bereich der Aufklärungsrüge. Das macht es erklärlich, dass die große Mehrzahl der gerichtlichen Entscheidungen zugunsten der Klägerseite auf der Feststellung von Behandlungsfehlern beruht. Diese Behandlungsfehler können in Gruppen bzw. Typen eingeteilt werden.

30.3.2 Standardisiertes Vorgehen

Kommt es in der letzten Phase der Geburt, d. h. zu einer Zeit, zu der der Kopf des Kindes bereits teilweise aus dem Geburtskanal ausgetreten ist, zu einem plötzlichen Geburtsstillstand, so spricht dies schon auf den ersten Blick für das Vorliegen einer Schulterdystokie.

In dieser Phase der Geburt ist es zunächst wichtig, die beiden Formen der Schulterdystokie, d. h. den **hohen Schultergeradstand** vom **tiefen Schulterquerstand**, zu unterscheiden, der viel leichter als der hohe Schultergeradstand zu beheben ist und geburtshilflich weit geringere Schwierigkeiten bietet. Für den Geburtshelfer wird die Schulterdystokie in der Form des hohen Schultergeradstandes erkennbar, wenn der bereits geborene Kopf in die Vulva eingezogen ist (so genanntes **Turtle-Phänomen**; Gnirs u. Schneider 2011). Das Turtle-Phänomen ist unverkennbar.

Zur Vermeidung von Verletzungen des Kindes infolge einer Schulterdystokie gibt es klar definierte geburtshilfliche Maßnahmen (OLG Karlsruhe, Urt. v. 15.08.2001, AHRS III, 2500/317). Sie werden in einer einschlägigen Entscheidung des Oberlandesgerichts Düsseldorf, (Urt. v. 10.01.2002, AHRS Teil III, 2500/326) wie folgt beschrieben:

» Sachgerecht ist es, die Wehentätigkeit medikamentös zu unterbinden; sodann ist zur Verringerung des Weichteilwiderstands und vor allem zur Gewährleistung eines optimalen vaginalen Zugangs eine großzügige Episiotomie anzulegen. Nach diesen Vorbereitungsmaßnahmen kann und muss der Versuch unternommen werden, die verkeilte Schulter durch geeignete Manipulation zu lösen; häufig gelingt es, durch mehrfaches Beugen und Strecken der mütterlichen Beine die Entbindung fortzusetzen; daneben ist es möglich, das bestehende Hindernis durch äußerlichen Druck oberhalb der Symphyse zu beseitigen; schließlich kann durch Manipulationen im Geburtskanal eine Rotation der kindlichen Schulter herbeigeführt werden.

In völlig gleicher Weise wird das sachgemäße Vorgehen in den einschlägigen Lehrbüchern (z. B. Gnirs u. Schneider 2011) und in der einschlägigen, erstmals im Jahre 1998 publizierten Behandlungsrichtlinie (Empfehlungen zur Schulterdystokie, Erkennung, Prävention und Management) geschildert.

Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, dass nach Eintritt einer Schulterdystokie sehr wenig Überlegungszeit besteht. Der geburtsleitende Arzt muss demgemäß das richtige Vorgehen »wie im Schlaf« beherrschen. Es wird allgemein empfohlen, das Vorgehen zur Behebung einer Schulterdystokie regelmäßig am Phantom zu üben. Wird der dargestellte Behandlungspfad eingehalten, so können dem Arzt, selbst wenn die Geburt am Ende in eine Plexusparese einmündet, keine Behandlungsfehler angelastet werden.

Umso erstaunlicher ist es, dass bis zum heutigen Tag in der gerichtlichen Praxis immer wieder Fälle auftauchen, in denen, ohne dass man hierfür eine Erklärung findet, von dem weitgehend festgeschriebenen Behandlungsstandard abgewichen wurde. Besonders häufig kommt es vor, dass vergessen wird, vor allen weiteren Maßnahmen eine Wehenhemmung herbeizuführen. Häufig wird auch die Anlegung einer Episiotomie vergessen, was dann zu Schwierigkeiten und Verzögerungen führt, wenn im weiteren Verlauf der Behandlung interne vaginal-operative Maßnahmen (Manöver nach Woods, Manöver nach Rubin, Entwicklung des hinteren Armes) notwendig werden.

30.3.3 Unterschreitungen des Facharztstandards

Nach feststehender Rechtsprechung hat jeder Patient, daher auch jede Gebärende Anspruch auf Einhaltung des Facharztstandards bei der ärztlichen Behandlung. Das schließt nicht aus, dass eine Geburt zunächst allein von einer Hebamme betreut wird. Hebammen sind befugt, unkompliziert verlaufende Geburten auch ohne Anwesenheit eines Arztes zu begleiten und in diesem Zusammenhang eine ganze Reihe von Maßnahmen aufgrund ärztlicher Delegation selbst vorzunehmen.

Die schwangere Frau darf jedoch, falls sie nicht ausdrücklich darauf verzichtet, erwarten, dass die Geburt von einem bestimmten Stadium an unter der Leitung und Verantwortung des Arztes stattfindet (vgl. Behandlungsrichtlinie unter dem Titel »Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe, erstmals publiziert im Jahre 1999). Jedenfalls sollte auch bei normalem Geburtsverlauf spätestens bei Beginn der Pressperiode ein Arzt anwesend sein, wie sich aus derselben Behandlungsrichtlinie ergibt. Dies ist von Bedeutung, weil eine Schulterdystokie stets erst nach Beginn der Pressperiode eintritt.

- **In jedem Fall endet die Zuständigkeit der Hebamme mit dem Eintritt einer Schulterdystokie (OLG Karlsruhe, Urt. v. 26.10.2005, AHRs Teil III, 3210/311).**

In der Praxis kommt es überraschenderweise sehr häufig vor, dass Hebammen bei Eintritt einer Schulterdystokie allein sind. Zu Maßnahmen zur Behebung einer Schulterdystokie sind sie in einem solchen Fall nur dann befugt, wenn ärztliche Hilfe nicht zu erlangen ist. Ist dies der Fall, so ist die Hebamme von einer eigenen Haftung frei. Meistens wird in solchen Situationen, in denen die Hebamme keine Möglichkeit hat, einen Arzt zur Behebung der Schulterdystokie hinzuzuziehen, indes ein Organisationsmangel vorliegen. Gleiches gilt, wenn die Hebamme keinen Facharzt, sondern nur einen Assistenzarzt ohne Facharztqualifikation hinzuziehen kann.

In derartigen Fällen der Unterschreitung des gebotenen geburtshilflichen Standards spricht eine Vermutung dafür, dass der dem Kind entstandene Schaden auf der Standardunterschreitung, d. h. der nicht ausreichenden Qualifikation der mit der Behebung der Schulterdystokie befassten Behandlungspersonen beruht.

30.3.4 Fehlende oder unzureichende Dokumentation

Es ist inzwischen allgemein anerkannt, dass das Vorgehen bei der Behebung einer Schulterdystokie einer exakten

zeitlichen und inhaltlichen Dokumentation bedarf (vgl. die Behandlungsrichtlinie unter dem Titel »Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention und Management). Alle ergriffenen Maßnahmen müssen chronologisch dokumentiert werden. Auch müssen die Namen der aktiven Geburtshelfer mit den jeweilig unternommenen Maßnahmen festgehalten werden.

Gegen diese Regel wird häufig verstoßen. Die Rechtsprechung hat es mehrfach kritisiert, dass sich z. B. im Geburtsprotokoll nur die Angabe »erschwerter Schulterentwicklung« findet. Jedoch auch Dokumentationen, die nicht ganz so lakonisch sind, werden beanstandet, wenn sie eine Rekonstruktion des Vorgehens zur Behebung der Schulterdystokie nicht ermöglichen.

- **Nach feststehender Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs stellen Dokumentationsfehler keine eigenständige Haftungsgrundlage dar. Sie können jedoch Vermutungen begründen, insbesondere die Vermutung, dass dokumentationsbedürftige Maßnahmen unterblieben sind. Ein Behandlungsfehler kann dann aus dem Unterlassen derartiger Maßnahmen abgeleitet werden.**

Der Bundesgerichtshof lässt es indes zu, dass aus dem völligen Fehlen einer Dokumentation noch weitergehende Schlussfolgerungen gezogen werden können. Im Bereich der Geburtshilfe ist inzwischen allgemein anerkannt, dass das Fehlen einer nachvollziehbaren Dokumentation des Vorgehens zur Behebung der Schulterdystokie die Vermutung eines fehlerhaften Vorgehens begründet (grundlegend OLG Saarbrücken, VersR 1988, 916; OLG Stuttgart VersR 1999, 582; OLG Köln, VersR 1994, 1425; Übersicht über die einschlägigen Entscheidungen bei Martis u. Winkhart 2014, S. 803ff.). Wenn demgemäß der geburtshilfliche Sachverständige in seinem für das Gericht erstatteten Gutachten zu dem Ergebnis gelangt, anhand des Geburtsprotokolls lasse sich nicht feststellen, wie zur Behebung der Schulterdystokie vorgegangen worden sei, so führt dies zur Haftung der Behandlungsseite.

30.3.5 Generell unzulässige Maßnahmen zur Behebung einer Schulterdystokie

Es ist in der medizinischen Literatur allgemein anerkannt und wird daher von den gerichtlich beauftragten Sachverständigen regelmäßig hervorgehoben, dass die Anwendung des **Kristeller-Manövers** zur Behebung einer Schulterdystokie, d. h. vor Lösung der Blockade der vorangehenden Schulter, generell unzulässig ist. Im Allgemeinen ist das Kristellern zur Behebung einer Schulterdystokie ungeeignet, weil durch dieses Manöver die Schulter nur noch fester auf die blockierende Symphyse aufgepresst wird.

Ein weiteres strikt verbotenes Manöver ist der Zug am kindlichen Kopf vor Behebung der Fehlstellung der vorangehenden Schulter. O'Leary zufolge ist der Zug am kindlichen Kopf, insbesondere ein schräger Zug unter seitlicher Abwinkelung des Kopfes (sog. »oblique traction«) die weitaus häufigste Schadensursache. Ein solcher Zug ist nicht nur dann als grob fehlerhaft zu beurteilen, wenn die vorangehende Schulterdystokie noch durch die Symphyse blockiert ist. Ein schräger Zug am kindlichen Kopf ist vielmehr auch nach Überwindung der Schulterdystokie unzulässig, d. h. sobald sich die vorangehende Schulter des Kindes von der Symphyse gelöst hat (O'Leary et al. 2009), und zwar deswegen, weil bei fetaler Makrosomie auch noch nach Lösung der Schulterdystokie der kindliche Körper sehr fest im Geburtskanal stecken kann.

Zu den generell unzulässigen Maßnahmen zählt schließlich auch die äußere Überdrehung des kindlichen Kopfes mit dem Ziel, auf diese Weise den Schultergürtel mitzuziehen.

Dies wurde früher anders gesehen. Die äußere Überdrehung des Kopfes wurde als Mittel zur Überwindung einer Schulterdystokie durchaus empfohlen, wobei lediglich die Einschränkung gemacht wurde, dass die äußere Überdrehung des kindlichen Kopfes nur als prophylaktische Maßnahme eingesetzt werden dürfe, d. h. nur solange, als die vorangehende Schulter des Kindes nicht fest auf die Symphyse aufgepresst werde. Spätestens seit dem Jahr 2004 hat sich jedoch die feste Regel durchgesetzt, dass die äußere Überdrehung des kindlichen Kopfes sehr gefährlich ist:

- » Die teilweise noch angegebene äußere Überdrehung des Kopfes wurde in den letzten 10 Jahren zunehmend kritisch diskutiert und kann jedenfalls heute nicht mehr empfohlen werden, da bei fixierter Schulter gerade dadurch die Überdehnung des Armplexus begünstigt wird. Es stehen schonendere und effizientere Methoden zur Überwindung der Schulterdystokie zur Verfügung (Behandlungsrichtlinie unter dem Titel Empfehlungen zur Schulterdystokie – Erkennung, Prävention und Management, Fassung 2004).

Wie der Verlauf von Beweisaufnahmen über Geburtsvorgänge häufig zeigt, sind diese strikt verbotenen Maßnahmen nicht selten ein Ergebnis des Umstandes, dass die geburtsleitenden Personen bei Auftreten einer Schulterdystokie von einer gewissen Panik überwältigt worden sind.

Nicht ohne Grund ist in der amerikanischen Literatur, was die Hauptursachen der geburtsassoziierten Plexusparese angeht, von den »3 P« (»panic, pushing, pulling«) die Rede. Im Lehrbuch von Feige et al. (2006) ist zu diesem Punkt folgende Passage zu lesen:

- » Nach Eintritt des pathologischen Ereignisses einer Schulterdystokie wird das meist erfolgreiche Entbindungsmanöver nach McRoberts nicht angewendet. Stattdessen wird ziel- und planlos agiert und genau das getan, was strikt unterlassen werden muss: Kräftiges Ziehen am kindlichen Kopf mit Lateralflexion und Fundusdruck durch Kristeller-Handgriff.

Ob zur Behebung der Schulterdystokie in unzulässiger Weise am kindlichen Kopf gezogen wurde, ist regelmäßig streitig. Selbst wenn die Mutter oder der bei der Geburt anwesende Vater des Kindes bei der Vernehmung im Rechtsstreit behaupten, es sei in der kritischen Situation stark am Kopf des Kindes gezogen worden, wird dieses von den Behandlungspersonen abgestritten; dann steht Aussage gegen Aussage, was regelmäßig zu Lasten des beweispflichtigen Klägers geht.

An dieser Situation hat sich jedoch infolge der Zunahme von Armplexusoperationen einiges geändert. Bei der Operation eines Armplexusschadens kann ein starker Zug am kindlichen Kopf als Schadensursache regelmäßig erkannt werden. Insbesondere in den Fällen, in denen es zur kompletten Zerreißung von Nervsträngen oder gar zum Ausriss von Nervsträngen aus dem Rückenmark gekommen ist, kommt als Ursache hierfür allein ein starker Zug am kindlichen Kopf in Betracht. Die Stärke dieses Zuges lässt sich zumindest näherungsweise aus dem Schadenbild rekonstruieren (Müller-Vahl et al. 2014). Es gibt demgemäß inzwischen mehrere gerichtliche Entscheidungen, die allein aufgrund einer Analyse des bei der Armplexusparese festgestellten Schadenbildes durch den Sachverständigen zu dem Ergebnis gelangt sind, dass die Ursache des geburtsassoziierten Armplexusschadens in einem unzulässigen Zug am kindlichen Kopf zu sehen sei.

30.3.6 Schadenshöhe

Die von den Gerichten im Falle einer Verurteilung der Behandlungsseite den geschädigten Kindern zuerkannten Schmerzensgelder bewegen sich – je nach dem Schweregrad der Armplexusläsion – in der Größenordnung um 70.000 €. Hinzu tritt regelmäßig noch ein materieller Schadensersatz wegen einer behinderungsbedingten Vermehrung der Bedürfnisse (§ 843 BGB). Insoweit geht es um die in Fällen einer Armplexusparese erheblich erhöhten Betreuungskosten, insbesondere Zeiten der Therapie nach Vojta, Ergotherapie oder Manualtherapie. Diese werden nach den allgemeinen, im Arzthaftungsrecht üblichen Regeln berechnet. Insoweit bestehen für den Rechtsstreit wegen einer geburtsassoziierten Armplexusparese keine Besonderheiten.

30.4 Zusammenfassung

Die rechtlichen Fragestellungen und forensischen Probleme in den Fällen der geburtsassoziierten Plexusparese sind komplex und bedürfen einer genauen medizinischen und haftungs-/medizinrechtlichen Recherche.

Geburtsassoziierte Armplexuspareesen stellen für die betroffenen Familien und Kinder eine große Herausforderung und Lebensveränderung dar. Mithin ist eine gute medizinische und medizinrechtliche Information und Beratung der Eltern zwingend erforderlich.

Literatur

- Berle P, Misselwitz B, Scharlau J (2003) Mütterliche Risiken für eine Makrosomie, Inzidenz von Schulterdystokie und Plexus-brachialis-Parese, *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 207: 148–152
- Feige A, Rempen A, Würfel W, Jawny J, Rohde A (2006) *Frauenheilkunde*, 3. Aufl. Urban und Fischer, München
- Geiß K, Greiner H (2014) *Arzthaftpflichtrecht*, 7. Aufl. Beck, München
- Gnirs J, Schneider KTM (2011) Schulterdystokie. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg.) *Die Geburtshilfe*, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Martis R, Winkhart-Martis M (2014) *Arzthaftungsrecht*, 4. Aufl. Otto-Schmidt-Verlag, Köln
- Müller-Vahl H, Mumenthaler M, Stöhr M (2014) *Läsionen peripherer Nerven und radikuläre Syndrome*. Thieme, Stuttgart
- O'Leary I (2009) *Shoulder Dystocia and Birth Injury*, 3rd ed. Humana Press, Totowa N.J.