

OLG Koblenz: Armplexuslähmung

Urteil vom 12.6.2008, rkr.

1. 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: 4.630 Gramm) belegt kein ärztliches Versäumnis, wenn die vorgeburtlichen Parameter vertretbar gedeutet wurden.

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

(LG Koblenz – 11 O 122/05)

Aus den Gründen:

I. Der am 13.4.2000 geborene Kläger leidet seit seiner Geburt an einer unteren Armplexuslähmung rechts. Er begehrt Schmerzensgeld und Schadensersatz von dem Krankenhausträger (Beklagte zu 1), von der seine Geburt leitenden Ärztin (Beklagte zu 2) und der dabei anwesenden Hebamme (Beklagte zu 3) mit der Behauptung von Aufklärungsversäumnissen, Behandlungsfehlern und Dokumentationsmängeln.

Er hat beantragt,

I. die Beklagten gesamtschuldnerisch zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 55.000 € nebst 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.8.2002 zu zahlen,

II. festzustellen, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihm allen weiteren, derzeit nicht absehbaren immateriellen Folgeschaden zu ersetzen, der ihm durch die fehlerhafte Geburtsbetreuung am 13.4.2000 entstanden ist und noch entstehen wird,

III. festzustellen, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihm sämtlichen in der Vergangenheit entstandenen und in Zukunft noch entstehenden materiellen Schaden zu ersetzen, der ihm durch die fehlerhafte Geburtsbetreuung am 13.4.2000 entstanden ist und noch entstehen wird, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder noch übergehen werden.

Mit dem angefochtenen Urteil, auf dessen Tatbestand zur weiteren Sachdarstellung Bezug genommen wird, hat das LG sachverständig beraten die Klage abgewiesen.

Hiergegen wendet sich die Berufung des Klägers, mit der dieser sein Klagebegehren erneuert und im Wesentlichen vorträgt:

Für eine vaginale Geburt hätten bestimmte Komplikationen bzw. Risiken bei seiner Mutter vorgelegen. So habe eine familiäre Diabetesbelastung bestanden, Glukose sei im Urin festgestellt worden. Während der Schwangerschaft sei es zu einer hohen Gewichtszunahme gekommen. Nach einer sonographischen Untersuchung zur Bestimmung der Kindesmaße, deren Schlussfolgerungen in den Krankenunterlagen nicht dokumentiert seien, sei man von der Geburt eines großen Kindes ausgegangen. Es sei deshalb erforderlich gewesen, mit seiner Mutter eine Schnittentbindung als ernsthafte Behandlungsalternative zu besprechen und ihr eine solche anzubieten. Bei der vaginalen Geburt sei es zu einer Schulterdystokie, jedenfalls zu einer erschwerten Schulterentwicklung gekommen und im Anschluss hieran sei bei ihm eine Armplexusparese festgestellt worden. Bereits dies müsse, ohne dass es auf einen Behandlungsfehler in dieser Phase der Geburt ankomme, zur Haftung führen. Jedenfalls beweise das extrem knappe Geburtsprotokoll nicht, dass fehlerfrei vorgegangen worden sei, so dass ihm Beweiserleichterungen zugute kommen müssten. Die Überlegung des Sachverständigen Prof. Dr. P., dass die Möglichkeit in Betracht gezogen werden müsse, er habe sich die Armplexusschädigung bereits intrauterin zugezogen, sei nicht zwingend. Die bei ihm aufgetretene Schädigung der rechten hinteren Schulter könne nach Art und Schwere nur durch eine unsachgemäße, zu starke Zugeinwirkung auf den Plexus entstanden sein. Komme es zu einer Schulterdystokie in der letzten Phase der Geburt, müsse Facharztstandard hergestellt werden. Dass die Beklagte zu 2) im Jahre 2002 als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zeichne, erlaube nicht den Schluss auf ihre Fähigkeiten zum Zeitpunkt der Geburt. Wann die Beklagte zu 2) die Facharztprüfung abgelegt habe, habe die Beklagte zu 1) bisher nicht mitgeteilt.

Nach der Verhandlung vom 7.2.2008 hat der Senat die mündliche Verhandlung wiedereröffnet und ergänzend Beweis erhoben durch das Gutachten des Sachverständigen PD Dr. F. und Einholung einer Stellungnahme des Prof. Dr. M. durch den Vorsitzenden gem. § 273 ZPO; ...

Die Beklagten verteidigen das angefochtene Urteil und treten dem Berufungsvorbringen entgegen. Da ihr Vertreter im Termin vom 28.5.2008 nicht erschienen ist, hat der Bevollmächtigte des Klägers um eine Entscheidung nach Aktenlage gebeten.

II. Die Voraussetzungen einer Entscheidung nach Lage der Akten (§ 331a ZPO) sind gegeben.

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Vertragliche oder deliktische Ansprüche gegen die Beklagten bestehen nicht. Es lag keine relative Indikation für eine Schnittentbindung vor, so dass eine echte Behandlungsalternative, über die die Mutter des Klägers hätte aufgeklärt werden müssen, nicht bestand. Ein Fehlverhalten der Beklagten zu 2) und 3) unter der Geburt ist nicht bewiesen, ebenso wenig, dass die

beim Kläger aufgetretene Armplexusschädigung (rechts) überhaupt geburtstraumatisch bedingt ist. Statt Wiederholung nimmt der Senat auf die überzeugenden tatsächlichen Feststellungen und rechtlichen Erwägungen im angefochtenen Urteil Bezug (...) Die Ausführungen der Berufung überzeugen den Senat nicht:

1. Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu den ärztlichen Beratungs- und Aufklärungspflichten bei der Geburtshilfe (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 015/043 von 1996, aktualisiert im Juni 2004) ist die Geburt ein natürlicher Vorgang und kein „Eingriff“, dem die Schwangere zustimmen müsste. Insbesondere kann sie den Arzt nicht zu einer indikationslosen Schnittentbindung zwingen. Bei einem problemlosen Verlauf der Schwangerschaft und ohne konkreten Anlass ist der Arzt deshalb nicht verpflichtet, mit der Schwangeren rein vorsorglich über mögliche Komplikationen bei der Entbindung und einen dann etwa notwendigen operativen Eingriff zu sprechen. Nur wenn eine Schnittentbindung im konkreten Fall eine medizinisch vertretbare, ernsthaft in Betracht zu ziehende Alternative ist (z.B. Beckenendlage, Missverhältnis zwischen Kindesgröße und mütterlichem Becken oder bei übergroßem Kind), hat der Geburtshelfer, auch wenn er zur vaginalen Entbindung neigt, zum Zeitpunkt einer im Rahmen der Entbindungssituation noch möglichen Beratung der Gebärenden eine ihrem Selbstbestimmungsrecht genügende Entscheidungsfreiheit einzuräumen.

Dagegen muss eine solche Aufklärung nicht erfolgen, wenn eine Schnittentbindung medizinisch nicht indiziert ist und deshalb keine echte Alternative zur vaginalen Geburt darstellt (BGH v. 6.12.1988 – VI ZR 132/88, BGHZ 106, 153, 157 = MDR 1989, 437; OLG Stuttgart, VersR 1989, 520 i.V.m. AHRs 5000/28; OLG Hamm, VersR 1999, 52; OLG Koblenz v. 4.12.2003 – 5 U 234/03, GesR 2004, 137 = OLGReport Koblenz 2004, 270 = NJW-RR 2004, 534 und OLG Koblenz v. 18.5.2006 – 5 U 330/02, GesR 2006, 379 = NJW-RR 2006, 1172). Bei der Mutter des Klägers lag zur Überzeugung des Senats eine Indikation zur Schnittentbindung zu keiner Zeit vor. Eine Aufklärung hierüber erübrigte sich.

Entscheidend ist dabei Folgendes:

Aufgrund der Ultraschallmessung war ein Säuglingsgewicht von ca. 3.700g ($\pm 20\%$) zu erwarten. Eine ausdrückliche Gewichtsabschätzung ist zwar nicht dokumentiert, doch ist unstrittig, dass die Beklagten mit der Geburt eines großen Kindes rechneten (124, 135, 160 GA). Dass das tatsächliche Geburtsgewicht 4.630g betragen würde, war nicht vorhersehbar. Allein aufgrund des vermuteten Kindsgewichts von etwa 4.000g war jedenfalls eine Empfehlung für einen Kaiserschnitt nach Auffassung des Sachverständigen Prof. Dr. P., der sich der Senat anschließt, nicht abzuleiten (...). Zusätzliche Risiken lagen bei der Mutter des Klägers, entgegen dessen Ausführungen im Schriftsatz vom 19.2.2008 (...), nicht vor. Dazu hat Prof. Dr. P. erläutert, es habe zwar ein leichtes Übergewicht, aber keine Adipositas vorgelegen. Auch sei ein manifester Diabetes mellitus durch die dokumentierten Blutzuckerwerte unwahrscheinlich gewesen. Die hohe Gewichtszunahme in der Schwangerschaft (20,7 kg) sei überwiegend durch Wassereinlagerungen zustande gekommen (...). Insbesondere sei dabei zu berücksichtigen, dass bei den vorangegangenen,

komplikationslosen Geburten zwei normalgewichtige Kinder zur Welt gekommen seien. Allein wegen des Risikos der Geburt eines makrosomen Kindes habe deshalb kein Anlass bestanden, einen Kaiserschnitt zu diskutieren (278, 279, 353–356 GA).

Die sehr umfangreichen, weitgehend theoretischen und statistisch unterlegten Erwägungen des vom Kläger zu den Akten gereichten Privatgutachtens Prof. Dr. H. vom 30.7.2007 zu einem anderen Schadensfall (...) stehen dem nach Auffassung des Senats nicht entgegen. Selbst Prof. Dr. H. räumt dort ein, dass bei normalem Schwangerschafts- und raschem Geburtsverlauf keine Notwendigkeit besteht, mit der Mutter ein Gespräch über eine Sectio zu suchen (...).

Den Senat überzeugen insgesamt die nah am konkreten Fall und an der klinisch-praktischen Erfahrung des Sachverständigen Prof. Dr. P. ausgerichteten Ausführungen anlässlich seiner Anhörung durch das LG (...). Eine vorsorgliche Aufklärung der Mutter des Klägers über eine Schnittentbindung war danach nicht veranlasst.

2. Ein Fehlverhalten der Beklagten zu 2) oder 3) unter der Geburt ist nicht bewiesen. Dass anhand der Ultraschallmessung eine genaue Schätzung der Kindsmäße nicht vorgenommen worden ist, hat sich nicht ausgewirkt.

Die geburtswirksamen Wehen traten am Morgen des 13.4.2000 um 0.22 Uhr auf. Nach einem Blasensprung um 1.20 Uhr kam der Kläger um 3.00 Uhr zur Welt. Insgesamt dauerte die Geburt weniger als 3 Stunden. Die Austreibungsphase ging sehr rasch vor sich; vom ersten Pressversuch bis zur Geburt des Klägers dauerte es nur ca. 5 Minuten. Dabei kam es zu einer erschwerten Entwicklung der vorderen (linken) Schulter, die Zeit zwischen Kopf- und Schultergeburt betrug dabei laut Dokumentation 30 Sekunden. Deshalb hat der Sachverständige Prof. Dr. P. ausgeschlossen, dass es überhaupt zu einer (echten) Schulterdystokie kam (...), weil ansonsten das Kind nicht innerhalb dieser 30 Sekunden hätte entwickelt werden können.

Ebenso überzeugend hat der Sachverständige geschildert, weshalb er aufgrund der Krankenblattaufzeichnungen ein fehlerhaftes Vorgehen der Beklagten zu 2) und 3) ausschließt und der Stellungnahme der Beklagten zu 2) zum Ablauf der Geburt Vorrang vor den Gedächtnisprotokollen der Mutter des Klägers einräumt (...). Allein daraus, dass die erschwerte Schulterentwicklung in der Dokumentation nicht genauer beschrieben ist, lässt sich ein ärztliches Fehlverhalten nicht herleiten.

Unterbleibt die Aufzeichnung bestimmter dokumentationspflichtiger Geschehnisse, kann daraus – im Sinne einer Beweislastumkehr zugunsten des betroffenen Patienten – grundsätzlich nur gefolgert werden, dass sich der nicht dokumentierte Umstand nicht ereignet hat; es ist jedoch nicht angängig, bestimmte Dinge als geschehen zu unterstellen, weil sie nicht negativ attestiert wurden.

Die Behauptung, die Beklagte zu 3) hätte bei der Kindesentwicklung zu starken Zug auf die verhakte vordere (linke) Schulter ausgeübt, ist nicht bewiesen. Wenn dies zuträfe, wäre mit großer Wahrscheinlichkeit diese Schulter von der Plexuslähmung betroffen und nicht die tatsächlich geschädigte hintere (rechte) Schulter. Es ist auch zu keinem Dammriss gekommen (...). Manöver die eine manuelle Lösung der hinteren (verletzten,

rechten) Schulter beschreiben, sind in der Krankenakte nicht dokumentiert (...). Eine Vermutung dahin, dass ein geburtshilfliches Fehlverhalten zum Schaden geführt habe, verbietet sich daher (Senat vom 24.5.2007 – 5 U 121/07 m.w.N.). So übrigens auch der vom Kläger bemühte Sachverständige Prof. Dr. H..

Ohne Belang ist, welchen Ausbildungsstand die Beklagte zu 2) zum damaligen Zeitpunkt konkret hatte. Denn es ist nicht dargelegt und auch nicht ersichtlich, dass die Anwesenheit einer Oberärztin oder Fachärztin zu einem anderen Geburtsablauf geführt hätte. Es gibt keine Anhaltspunkte für den Senat, dass eine besonders qualifizierte Fachärztin anders verfahren und die Schädigung des Klägers damit vermieden worden wäre.

3. Letztlich scheitern die Ansprüche des Klägers aber auch daran, dass die Ursache der Armplexuslähmung ungeklärt ist. Damit hätte sich ein aufklärungsbedürftiges Risiko nicht verwirklicht, ein Behandlungsfehler wäre nicht schadensursächlich geworden. Für die Ursache seiner Beeinträchtigung ist der Kläger beweisfällig geblieben.

Es ist davon auszugehen, dass es zu einer (echten) Schulterdystokie nicht gekommen ist, weil eine solche nicht innerhalb von 30 Sekunden hätte gelöst werden können. Es kam (nur) zu einer erschwerten Schulterentwicklung der führenden, linken Schulter, der Schaden ist an der hinteren, rechten Schulter eingetreten (...).

Daraus und aus dem Geburtsablauf im Übrigen hat der Sachverständige Prof. Dr. P. überzeugend geschlossen, dass für die beim Kläger vorgekommene Armplexuslähmung eine Ursache nicht genannt werden könne. Solche Verletzungen seien auch schon bei Kindern beobachtet worden, die mit einer Schnittentbindung zur Welt gekommen seien. Die Verletzung der hinteren Schulter könne kaum durch „Zugkräfte unter der Geburt“ erklärt werden. Die gesundheitliche Störung des Klägers sei daher als schicksalhaft anzunehmen (...).

Selbst das vom Kläger mit Schriftsatz vom 6.8.2007 vorgelegte Gutachten des Prof. Dr. H. vom 30.7.2007 (Anlage ...) beschreibt intrauterin entstandene Plexusläsionen, die meist, wie hier, den hinteren, also den dem mütterlichen Promontorium (engste Stelle des Beckeneingangs) zugewandten kindlichen Arm betreffen (S. 22, 23 des Gutachtens). Letztlich kann auch Prof. Dr. H. nicht ausschließen, dass die Schädigung des Klägers auf anderen, als geburtstraumatischen Vorgängen beruht.

4. Die Behauptung des Klägers, im Sinne eines Anscheinsbeweises könne die bei ihm aufgetretene Schädigung nach ihrer Art und Schwere nur durch eine unsachgemäße, zu starke (somit schuldhaft), Zugeinwirkung auf den Plexus entstanden sein, trifft nicht zu.

Plexuspareesen können auch ohne Schulterdystokie, bzw. trotz richtiger Maßnahmen zur Behebung einer solchen auftreten. Selbst wenn sie durch Vorgänge innerhalb der Geburt ausgelöst werden, kann daraus nicht ohne weiteres auf ein ärztliches Fehlverhalten geschlossen werden (vom Kläger vorgelegtes Gutachten Prof. Dr. B...).

Der vom LG beauftragte Sachverständige PD Dr. F., Facharzt für Neurochirurgie, hat dazu ausgeführt, dass die Beweisfrage in erster Linie in den gynäkologischen

Zuständigkeitsbereich gehöre. Neurochirurgisch sei allenfalls zu ergänzen, dass es auch schicksalhaft, ohne erkennbare mechanische Ursachen während der Schwangerschaft zu derartigen Nervschädigungen kommen könne. Die Behauptung des Klägers, der Geburtsvorgang sei das einzig traumatische Geschehen, das die bei ihm vorhandene Plexusläsion erklären könne, sei daher zu verneinen (...). Die vom Kläger hierzu gestellten Ergänzungsfragen (...) hat der Senat dem Sachverständigen vorgelegt, der sich zu einer sinnvollen neurochirurgischen Stellungnahme außerstande sah (...).

Der Kläger bezweifelte die Kompetenz des Sachverständigen, wiederholt, dass spezialisierte Neurologen aus der Art der neurologischen Ausfälle und dem Ort der Schädigung Rückschlüsse auf die Ursachen einer geburtsassoziierten Plexusschädigung ableiten könnten (...). Um die Frage zu klären, ob die Einholung eines weiteren neurologischen Gutachtens sinnvoll sei, (und nur dazu) hat der Vorsitzende gem. § 273 ZPO den vom Kläger vorgeschlagenen Prof. Dr. M. befragt. Nach dessen Stellungnahme gibt es klare Belege dafür, dass derartige Nervenschäden intrauterin vor Einsetzen der Wehen, durch vom Geburtshelfer ausgehende, aber auch durch von ihm unabhängige mechanische Einwirkungen (Wehen) entstehen können. Speziell bei Armplexuslähmungen der hinteren Schulter gebe es offene Fragen und andere Risikofaktoren. Jedenfalls sei bei einer Armplexusschädigung bei einem Neugeborenen die Möglichkeit nicht auszuschließen, dass der Schaden schon vor der Geburt entstanden sei (...).

Angesichts dieser eindeutigen und sachgerechten „Selbstbeschränkung“ der Neurologen PD Dr. F. und Prof. Dr. M. ist der Senat überzeugt, dass eine weitere Begutachtung durch neurologische Sachverständige keinen Aufschluss für ein fehlerhaftes Verhalten der Beklagten zu 2) und 3) unter der Geburt und eine hierauf beruhende Schädigung des Klägers zu erbringen vermag.

Nach alledem ist die Berufung mit den Nebenentscheidungen aus §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 11, 711 ZPO zurückzuweisen. Gründe, die Revision zuzulassen, bestehen nicht.