



Forschungsstelle Recht der Gesundheitswirtschaft

Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht und Sozialrecht

Fakultät für Rechtswissenschaft - Universität Bielefeld

Professor Dr. Oliver Ricken

Wiss. Mit.: Denis Hedermann • Christoph Leirer • Nicole Wiegard • Annedore Witschen • Mandy Zibolka

Entscheidung des Monats 05/2014

BGH, Urt. v. 15.04.2014 – VI ZR 382/12¹:

Krankenhaushaftung wegen Geburtsschäden: Beweiswert von Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände für die Bestimmung des medizinischen Standards bei der Versorgung einer Frau mit Hochrisikoschwangerschaft

Sachverhalt:

Die Klägerin nimmt die Beklagten wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung auf Ersatz materiellen und immateriellen Schadens in Anspruch. Die Mutter der Klägerin wurde am 22.06.1995 in der 27. Schwangerschaftswoche wegen vorzeitiger Wehen und einer Cervixinsuffizienz in dem von der Beklagten zu 1) betriebenen Krankenhaus aufgenommen. Ihr wurden Bettruhe und wehenhemmende Medikamente verordnet. Nachdem am 27.06.1995 der Muttermund bereits 3 cm geöffnet und die Fruchtblase prolabierte, unternahm die Ärzte am 28.06.1995 den Versuch, den Muttermund operativ zu verschließen. Hierbei kam es zu einer erheblichen Blutung bei der Mutter und zum vorzeitigen Blasenprung, weshalb beschlossen wurde, eine Notsectio durchzuführen. Da es sich um eine Zwillingsschwangerschaft handelte, wurden zwei Neonatologen aus dem von der Beklagten zu 2) betriebenen Klinikum angefordert. Die Klägerin wurde als zweites Zwillingmädchen geboren. Als sie vom Operationstisch zum Reanimationsplatz getragen wurde, tropfte aus dem sie umhüllenden Tuch Blut. Bei der weiteren Behandlung und Untersuchung wurde ein Einriss in der Nabelschnur zwischen dem Körper der Klägerin und der Nabelklemme festgestellt. Es wurde eine zweite Nabelklemme zwischen dem Nabel und dem Einriss gesetzt. Daraufhin wurde die Klägerin in das von der Beklagten zu 2) getragene Klinikum transportiert. Die Klägerin leidet u.a. an einer spastischen Tetraparese und an einer fokalen Epilepsie.

Das LG Braunschweig hat die Klage abgewiesen.² Auf die Berufung der Klägerin hat das OLG Braunschweig mit Grund- und Teilurteil vom 18.12.2008 dem Feststellungsantrag gegen beide Beklagten entsprochen und den Leistungsantrag dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt.³ Dieses Urteil ist hinsichtlich der Beklagten zu 2) rechtskräftig. Auf die Nichtzulassungsbeschwerde der Beklagten zu 1) hat der erkennende Senat das Grund- und Teilurteil mit Beschluss vom 30.11.2010 aufgehoben, soweit zum Nachteil der Beklagten zu 1) erkannt worden ist, und hat die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das OLG zurückverwiesen. Mit Teilurteil vom 12.07.2012 hat das OLG die Berufung der Klägerin gegen das landgerichtliche Urteil in Bezug auf die Beklagten zu 1) zurückgewiesen. Die Beklagte zu 2) ist daraufhin dem Rechtsstreit auf Seiten der Klägerin als Nebeninterventient beigetreten. Mit der vom OLG zugelassenen Revision begehren die Beklagten zu 2) nun die Verurteilung der Beklagten zu 1). Die Klägerin selbst hat keine Revision eingelegt.

Entscheidung:

Nach Auffassung des BGH stehen der Klägerin gegen die Beklagte zu 1) keine Schadensersatzansprüche zu. Zur Begründung führt dieser aus, dass es insbesondere nicht behandlungsfehlerhaft gewesen sei, die Mutter der Klägerin in dem von den Beklagten zu 1) betriebenen Krankenhaus der Grundversorgung aufzunehmen und zu behandeln. Es sei nicht festzustellen, dass es im Behandlungszeitpunkt - Juni 1995 - bereits einen medizinischen Standard gegeben habe, der die Verlegung von Risikoschwangerschaften in ein Perinatalzentrum gefordert habe. Eine solche Entscheidung oblag zum damaligen Zeitpunkt allein der Beurteilung des betroffenen Krankenhauses nach eigener Sachprüfung. Die Beklagte zu 1) habe auch über die nötigen personellen und apparativen Möglich-

keiten verfügt, um die Mutter der Klägerin sachgerecht zu behandeln. Das Krankenhaus der Beklagten zu 1) sei personell hinreichend besetzt gewesen, da bei der Geburt ein geburtshilflicher Facharzt, zwei Neonatologen und ein Anästhesist zugegen gewesen seien. Darüber hinaus seien alle dem damaligen ärztlichen und organisatorischen Standard entsprechenden Maßnahmen ergriffen worden, die auch in einer Einrichtung der Maximalversorgung ergriffen worden wären, um den speziellen Risiken des vorliegenden Geburtsfalls Rechnung zu tragen. Die erstmals am 01.09.1996 erstellte Leitlinie der Gesellschaft für Natologie und pädiatrische Intensivmedizin „Antepartalar Transport für Risikoschwangere“, nach der eine Verlegung in ein Perinatalzentrum angezeigt gewesen wäre, könne den medizinischen Standard für die mehr als ein Jahr zurückliegende Behandlung nicht indizieren.

Anmerkung:

Der Entscheidung des Revisionsgerichts ist insoweit zuzustimmen, als dass Leitlinien, die erst nach der zu beurteilenden medizinischen Behandlung veröffentlicht worden sind, nicht für die Beurteilung von Sachverhalten herangezogen werden dürfen, die vor dem Veröffentlichungsdatum eben dieser Leitlinien liegen. Grundsätzlich darf für die Beurteilung lediglich das verlangt werden, was Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft im Zeitpunkt der Behandlung ist.⁴ Hinsichtlich der Aussage, dass Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände nicht unbedenken mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden dürfen, bedarf es weiterer Ausführungen. Richtigerweise ist davon auszugehen, dass Leitlinien von Fachgesellschaften, im Unterschied zu Richtlinien der Bundesausschüsse der (Zahn-)Ärzte und Krankenkassen,⁵ keine Verbindlichkeiten entfalten.⁶ Dennoch sind sie bei der Erbringung ärztlicher Leistungen zu berücksichtigen und umschreiben den modernen medizinischen Erkenntnisstand.⁷ Somit gelten sie als wichtige Erkenntnisquellen für die Beurteilung der Frage, was einem Arzt beruflichstandsgemäß abzuverlangen ist. Dabei darf aber nicht unbeachtet bleiben, dass eine spezifische Einzelfallbetrachtung grundsätzlich erforderlich ist und somit Leitlinien niemals die Prüfung der Sorgfaltsanforderungen im Rahmen eines Sachverständigengutachtens ersetzen können.⁸ Erforderlich ist demnach ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Leitlinien als reine Empfehlungen und Leitlinien als verbindliche Regelungen mit rechtsnormähnlichem Charakter herzustellen.⁹ Letztendlich muss man wohl zu dem Ergebnis kommen, dass Leitlinien jedenfalls keine verbindlichen Handlungsanweisungen für Ärzte darstellen, gleich, ob sie auch den aktuellen medizinischen Standard abbilden. Ferner darf nicht unbeachtet bleiben, dass sich medizinische Standards stetig fortentwickeln, was möglicherweise auch durch eine Leitlinie selbst geschehen kann, und folglich Leitlinien ihrerseits auch veralten können.¹⁰ Gerade auch vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung wird noch einmal deutlich, dass Leitlinien keinesfalls zur Beurteilung von Sachverhalten herangezogen werden dürfen, die sich vor dem Datum des Erlasses der entsprechenden Leitlinie ereignet haben.

Autorin: Wiss. HK N. Wiegard (Tel. 0521-106-3176)

⁴ Geiß/Greiner/Greiner, *Arztthaftpflichtrecht*, Kap. B, Rn. 9.

⁵ So etwa die Qualitätssicherungs-Richtlinie des GBA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V.

⁶ Ratzel/Luxemburger/Beeretz, *Handbuch Medizinrecht*, § 6, Rn. 23;

Geiß/Greiner/Greiner, *Arztthaftpflichtrecht*, Kap. B, Rn. 9a.

⁷ Wenzel/Wenzel, *Handbuch des Fachanwalts - Medizinrecht* -, Kap. 4, Rn. 222;

Ratzel/Luxemburger/Beeretz, *Handbuch Medizinrecht*, § 6 Rn. 23.

⁸ BGH v. 28.03.2008 – VI ZR 57/07, *GesR* 2008, 361;

Laufs/Katzenmeier/Lipp/Katzenmeier, *Arztrecht*, Kap. X, Rn. 9; Wenzel/Wenzel, *Handbuch des Fachanwalts - Medizinrecht* -, Kap. 4, Rn. 228.

⁹ Wenzel/Wenzel, *Handbuch des Fachanwalts - Medizinrecht* -, Kap. 4, Rn. 229.

¹⁰ Laufs/Katzenmeier/Lipp/Katzenmeier, *Arztrecht*, Kap. X, Rn. 9.

¹ BGH v. 15.04.2014 – VI ZR 382/12.

² LG Braunschweig v. 11.12.2003 – 4 O 371/02.

³ OLG Braunschweig v. 12.07.2012 – 1 U 1/04.