

Haftung bei Erblindung eines zu früh geborenen Kindes

Petra Marschewski und Dr. Roland Uphoff

Die Kanzlei Dr. Roland Uphoff wurde von der Zeitschrift WirtschaftsWoche zur Top-Kanzlei 2014 für Medizinrecht ausgezeichnet.

In Ergänzung zu Fällen mit Überbeatmung und fehlerhafter Ernährung bei Frühgeborenen (kks 02/15) sollen nachfolgend zwei weitere Entscheidungen des OLG Karlsruhe sowie OLG Düsseldorf vorgestellt werden, in denen frühgeborenen Kindern, die eine Frühgeborenenretinopathie mit Erblindung eines bzw. beider Augen erlitten haben, Schmerzensgeld und Schadenersatz zugesprochen wurde.

Die Urteile stammen aus den Jahren 1998 bzw. 2007, sind aber weiterhin aktuell und stellen die Anforderungen bei Behandlung Frühgeborener bzw. die notwendigen Kontrollmechanismen klar heraus. In beiden Fällen ist ein grob fehlerhaftes Handeln

der angeschuldigten Ärzte angenommen worden.

Fall 1

(Entscheidung des OLG Karlsruhe vom 11.03.1998, Az. 7 U 214/96)

Es handelt sich um ein in der 26. Schwangerschaftswoche geborenes Kind mit einem Geburtsgewicht von 805 g aus dem Jahr 1984. Nach Verlegung des Kindes in der ersten Lebensstunde auf die Neugeborenen-Intensivstation der Kinderklinik wurde es dort intubiert und beatmet. Die Beatmung dauerte zunächst fünf Wochen und war zwei Wochen später erneut

für weitere zehn Tage erforderlich. Zudem wurde die Diagnose eines persistierenden Ductus arteriosus gestellt. Die Sauerstoffzufuhr wurde in dieser Zeit mehrfach in großen, meist 10%igen Schritten erhöht oder reduziert. Zur Überwachung des Blutsauerstoffs wurde kein arterielles Blut entnommen, vielmehr erfolgte diese durch transkutane Messungen des Sauerstoffpartialdrucks und durch Gasanalysen im mittels Lanzetten gewonnenen kapillären Blut. Die transkutane Überwachung begann am ersten Lebenstag für zwei Stunden, am zweiten Lebenstag dauerte sie insgesamt vier Stunden und in der Folgezeit bis zu sechs Stunden täglich. Dabei wurden an 20



Tagen transkutane Sauerstoffpartialdrucke von 80 mmHg oder mehr gemessen.

Die Langzeitbeatmung führte zur Entwicklung einer bronchopulmonalen Dysplasie. Augenärztliche Untersuchungen bestätigten eine Frühgeborenenretinopathie, welche zur Erblindung des rechten Auges und zu einer 60%igen Einschränkung der Sehkraft des linken Auges führte.

Das OLG Karlsruhe hat sowohl die Überwachung des Sauerstoffdrucks als auch die Steuerung der Sauerstoffzufuhr als grob behandlungsfehlerhaft gewertet mit der Konsequenz, dass das klagende Kind von dem Nachweis der Ursächlichkeit der schuldhaften Behandlungsversäumnisse für die Frühgeborenenretinopathie mit Erblindung entlastet ist. Dies gilt selbst dann, wenn grundsätzlich die Möglichkeit besteht, dass sich diese Erkrankung bei dem frühgeborenen Kind auch bei einer dem Facharztstandard entsprechenden Behandlung entwickelt hätte.

Zur Begründung wies das OLG Karlsruhe darauf hin, dass es bereits 1984 dem Facharztstandard entsprach, die transkutane Überwachung des arteriellen Sauerstoffdrucks möglichst kontinuierlich vorzunehmen. Unterbrechungen von mehr als sechs Stunden täglich sind grundsätzlich unzulässig. Zudem war zu berücksichtigen, dass die Augen in den ersten beiden Tagen nach der Geburt besonders gefährdet sind und somit bei jeder Änderung der Sauerstoffzufuhr eine strikte Überwachung des arteriellen Sauerstoffdrucks geboten war. Die dem Kind zuteil gewordene Überwachung entsprach diesen Anforderungen in keiner Weise.

Geltender Behandlungsgrundsatz war auch bereits 1984, dass die Sauerstoffpartialdrucke bei transkutaner Messung 70 mmHg nicht überschreiten durften. Insbesondere bei Fehlen direkter Messungen im arteriellen Blut war diese Grenze strikt einzuhalten. Tatsächlich wurde diese Grenze jedoch bis zu 20 mal überschritten. Gleichfalls war zu berücksichtigen, dass die transkutane Messung bei schlechter Hautdurchblutung, Sepsis, niedrigem Blutdruck und Ödemen unzuverlässig ist und in diesen Fällen auf eine arterielle Blutgaskontrolle nicht verzichtet werden darf. Obwohl diese Voraussetzungen in dem zu beurteilenden Fall vorlagen, fanden keine arteriellen Blutgaskontrollen statt.

Ein weiteres schwerwiegendes Versäumnis hat das OLG Karlsruhe darin gesehen, dass die Sauerstoffzufuhr möglichst exakt eingestellt und dokumentiert sowie nur langsam verändert werden durfte. Die in

der Kinderklinik vorgenommene Regelung der Sauerstoffzufuhr genügte diesen Anforderungen keinesfalls, da die Einstellungen lediglich auf „unter 30%“ oder „unter 40%“ erfolgten und Veränderungen in 10%-Stufen vorgenommen wurden. Diese erheblichen Veränderungen bedeuteten ein weiteres großes Risiko für die Ausbildung einer Augenschädigung des beatmeten Frühgeborenen.

Der hinzugezogene Sachverständige hat keinen Zweifel daran gelassen, dass sowohl die Überwachung der Sauerstofftherapie als auch die Steuerung der Sauerstoffzufuhr selbst derart gravierend von dem bereits damals geltenden Standard abwichen, dass diese aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich waren und nicht haben vorkommen dürfen. Als Entschuldigung hierfür dienen auch nicht die weiteren Erkrankungen des Kindes und die Vielzahl der zur Sicherung des Überlebens eines so kleinen und gefährdeten Frühgeborenen zu beachtenden Parameter. Diese sind nicht geeignet, die Beurteilung der aufgezeigten Verstöße als grob anzuzweifeln.

Konsequenz dieser richterlichen Bewertung ist, dass die Ärzte der Kinderklinik verpflichtet sind, dem Kind sämtlichen aus der Frühgeborenenretinopathie resultierenden Schaden zu ersetzen. Dabei ist das klagende Kind von dem Nachweis der Ursächlichkeit der schuldhaften Behandlungsversäumnisse für diese Erkrankung befreit. Die beklagten Ärzte können somit nur dann einer Haftung entgehen, wenn sie beweisen können, dass die ihnen zu Last gelegten Versäumnisse nicht ursächlich hierfür geworden sind. Diesen Beweis haben sie nicht führen können.

Das OLG Karlsruhe verkannte nicht, dass die Unreife des Kindes (26. SSW) den größten Risikofaktor für eine Frühgeborenenretinopathie darstellte und die notwendige Sauerstoffzufuhr dieses Risiko erhöhte. Auch bei einer optimalen Versorgung entwickeln 60% vergleichbarer Frühgeborener Retinopathien aller Stadien. Die festgestellte völlig unzureichende Überwachung hat das Risiko dieser Erkrankung bis hin zur Erblindung aber erheblich erhöht. Es war daher keinesfalls ausgeschlossen, dass sich die Augenschädigung bei einer dem Facharztstandard entsprechenden Versorgung zumindest nicht in dem dargelegten Maße ausgebildet hätte. Diese Feststellung reicht aus, um eine Haftung der Kinderklinik anzunehmen. Insofern ist es im Interesse aller Beteiligten, dass bei einer notwendigen Beatmung

Frühgeborener sowohl der Überwachung des Sauerstoffdrucks als auch der Steuerung der Sauerstoffzufuhr selbst höchster Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Fall 2

(Entscheidung des OLG Düsseldorf vom 22.02.2007, Az. I-8 U 17/05)

Diesem Urteil lag ebenfalls eine extreme Frühgeburt (26. SSW) mit einem Gewicht von 960 g zugrunde (aus dem Jahr 1990).

Unmittelbar nach der Geburt wurde das Kind für sieben Wochen beatmet, die erste augenärztliche Untersuchung sollte nach 13 Wochen stattfinden. Diese musste mangels ausreichender medikamentöser Erweiterung der Pupillen um sechs Tage verschoben werden. Acht Tage nach dieser augenärztlichen Untersuchung wurde der Mutter des klagenden Kindes ein Arztbrief ausgehändigt, in dem es hieß, dass die Untersuchung zurzeit ohne pathologischen Befund sei und eine Kontrolle in sechs bis acht Wochen erfolgen sollte. Daraufhin stellte die Mutter ihren Sohn wie vereinbart nach zwei Monaten erneut augenärztlich vor. Bei dieser Untersuchung wurde eine Frühgeborenenretinopathie diagnostiziert, die letztlich zu einer Erblindung auf beiden Augen führte.

Das OLG Düsseldorf hat auch in diesem Fall eine Haftung wegen eines groben Behandlungsfehlers angenommen und konstatiert, dass eine augenärztliche Erstuntersuchung kurzfristig nach der Entwöhnung vom Respirator stattfinden muss. Es konnte dahingestellt bleiben, ob die von den Kinderärzten veranlasste erste augenärztliche Untersuchung 14 Wochen postnatal bereits wesentlich zu spät erfolgte. Denn es entsprach auch 1990 dem „Minimalstandard“ in der Pädiatrie, eine erste augenärztliche Überprüfung der Netzhäute eines zu früh geborenen Kindes in der fünften bis sechsten Lebenswoche oder nach der Entwöhnung von der Beatmung in die Wege zu leiten.

Da das Kind nach der Geburt für sieben Wochen beatmet wurde, hätte diese Untersuchung bereits acht Wochen, spätestens zehn Wochen postnatal zwingend stattfinden müssen.

Nach der Auffassung des gerichtlich hinzugezogenen Sachverständigen war das klagende Kind als „Hochrisikokind“ aufgrund seiner erheblichen Unreife sowie der langen Beatmung einzustufen. Gerade im Hinblick auf diese besondere Gefährdung des Kindes war es daher unumgänglich, kurzfristig nach der Entwöhnung von dem Respirator


eine erste augenärztliche Kontrolle zu veranlassen. Dass diese Maßnahme nicht ergriffen wurde, ist als völlig unverständliches ärztliches Versäumnis bewertet worden.

Dementsprechend hat das OLG Düsseldorf den Verzicht auf diese rechtzeitige Erstuntersuchung als grobe ärztliche Pflichtverletzung qualifiziert. Auch diese Bewertung hatte zur Konsequenz, dass dem klagenden Kind Beweiserleichterungen zum Nachweis eines Ursachenzusammenhangs zwischen dem fehlerhaften Vorgehen und der Erblindung zugebilligt wurden.

Da bei einer frühzeitigen Untersuchung und anschließenden Behandlung zumindest die Chance bestand, den schwerwiegenden Verlauf bis hin zur Erblindung zu vermeiden und die Möglichkeit einer erfolgreichen Behandlung nicht ausgeschlossen werden konnte, hat das OLG Düsseldorf eine Haftung der beklagten Kinderärzte auch in diesem Fall in vollem Umfang angenommen. Denn den Beweis, dass es auch ohne ihr fehlerhaftes Vorgehen zu einer Erblindung des Kindes gekommen wäre, konnten die Ärzte nicht erbringen.

Fazit

Beide Entscheidungen zeigen nochmals deutlich, dass bei Frühgeborenen, bei denen oftmals eine – auch langfristige – Beatmung unumgänglich ist, höchstes Augenmerk auf die Kontrolle der Gasparameter gelegt werden muss. Wegen der erheblichen Schädigungsgefahr der Augen muss zudem zwingend eine kurzfristige augenärztliche Kontrolle erfolgen. Genügt das ärztliche Vorgehen diesen Anforderungen nicht, sprechen die Gerichte – damals wie auch heute – den klagenden Kindern Schmerzensgeld und Schadenersatz für die hierdurch erlittenen Beeinträchtigungen in vollem Umfang zu. Dies auch dann, wenn die Unreife des Frühgeborenen den größten Risikofaktor darstellt und somit grundsätzlich die Möglichkeit besteht, dass es auch ohne Behandlungsversäumnisse zu einer Frühgeborenenretinopathie mit Erblindung kommen kann. Liegen eklatante Verstöße wie in den beiden aufgeführten Fällen vor, wird eine Haftung nur dann verneint, wenn den behandel-

den Ärzten der Beweis für einen fehlenden Ursachenzusammenhang zwischen den ihnen vorgeworfenen Fehlern und der Erblindung gelingt. Dieser Nachweis wird von ärztlicher Seite aber nur schwer zu führen sein. 

AUTOREN

Petra Marschewski
Fachanwältin für
Medizinrecht



Dr. Roland Uphoff
Fachanwalt für
Medizinrecht, M. mel.
Kanzlei für
Geburtsschadensrecht-
und Arzthaftung
Heinrich-von-Kleist-Str. 4,
53113 Bonn



Fragebogen zum Thema „Trinkschwächen bei Frühgeborenen“

Liebes Pflegepersonal,

als angehende Sprachtherapeutin führe ich im Rahmen meiner Bachelorarbeit eine wissenschaftliche Studie durch. Das Ziel der Befragung ist es, mehr darüber zu erfahren, wie das Trinkverhalten von Frühgeborenen vom Pflegepersonal und von den Eltern eingeschätzt wird. Gerne möchte ich mit diesen wichtigen Informationen sowie Erkenntnissen aktueller Studien die Versorgung Frühgeborener optimieren und mit den gesammelten Daten in einer späteren Arbeit beispielsweise eine Informationsbroschüre zum Thema Trink- und Fütterverhalten entwickeln. Durch die Teilnahme an der Umfrage können auch Sie zu einer optimalen Versorgung von Frühgeborenen beitragen.

Mitmachen können Sie, wenn das Füttern von Frühgeborenen auf der Neonatologie oder neonatologischen Intensivstation in Ihren Arbeitsbereich fällt.

Dieser Fragebogen erhebt Ihr pflegerisches Vorgehen und Ihre Erfahrung beim Füttern eines frühgeborenen Kindes. Bitte lassen Sie sich von der Größe der Antwortfelder nicht irritieren. Wenn Ihnen weniger einfällt ist das kein Zeichen, dass Sie zu wenig wissen. Wenn Ihnen über die



Foto: © MHT - Fotolia.com

Fragen hinaus sogar mehr einfällt, so dürfen Sie das gerne am Ende der Umfrage vermerken.

Zum Mitmachen folgen Sie bitte diesem Link:

<https://www.umfrageonline.com/s/trink-schwachen-fruehgeborene-pflege>

Selbstverständlich werden Sie nach Abschluss der Arbeit über die Ergebnisse informiert.

Für Ihre fachliche Unterstützung danke ich Ihnen sehr.

Bettina Krenn

Ludwig-Maximilians-Universität
München
Sprachtherapie Bachelor of Arts -
6. Semester
E-Mail: Bettina.Krenn@campus.lmu.de