

# **Der geburtstraumatische Plexus brachialis Schaden**

**Information für Betroffene,  
interessierte Laien und Fachleute**

2. Auflage

Dr. Jörg Bahm  
Dr. Roland Uphoff  
Mirjam Mahler  
[Hrsg.]

ISBN 978-3-00-030995-3  
[www.plexuskinder.de](http://www.plexuskinder.de)  
[fibel@plexuskinder.de](mailto:fibel@plexuskinder.de)  
2. Auflage 2010

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	7
<i>Prof. Dr. Dietrich Berg</i> Der geburtstraumatische Plexus brachialis Schaden.....	9
<i>Mirjam Mahler</i> Plexuskinder – Verlauf einer geburtstraumatischen Plexusverletzung aus Sicht betroffener Kinder und Eltern .....	13
<i>Prof. Dr. Thomas Hitschold</i> Schulterdystokie – geburtshilfliche Risikofaktoren und Hinweiszeichen .....	23
<i>Dr. Inge Rauterberg-Ruland</i> Die Parese des Plexus brachialis aus kinderärztlicher Sicht.....	29
<i>Dr. Jörg Bahm</i> Die Möglichkeiten chirurgischer Wiederherstellung nach geburtstraumatischer Schädigung des Plexus brachialis.....	47
<i>Dr. Jörg Bahm</i> Physiotherapeutische Maßnahmen bei kindlicher Plexusparese.....	59
<i>Dr. Roland Uphoff</i> Rechtliche Aspekte des geburtstraumatischen Schadens .....	67
<i>Annett Kaiser</i> Durchführung und Verlauf eines Pflegegeldverfahrens vor den Pflegekassen und Sach- und Rechtslage bei Plexuskindern .....	85

## **Vorwort zur 2. Auflage**

Nachdem die „Plexusfibel“ in der 1. Auflage aus dem Jahr 2000 teilweise veraltet ist, haben wir uns entschieden, die Broschüre der Selbsthilfegruppe Plexus brachialis geschädigter Kinder neu aufzulegen. Wir haben am Konzept der 1. Auflage festgehalten. In der Plexusfibel werden das Krankheitsbild, seine Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten aus der Sicht aller Beteiligten beschrieben: Geburtshelfer, Kinderarzt, Plexuschirurg, Physiotherapeut, Jurist und natürlich die Betroffenen selbst.

Eine geburtstraumatische Lähmung des Plexus brachialis ist ein hochkomplexes Krankheitsbild, das Betroffene, ihre Ärzte und Therapeuten vor große Herausforderungen stellt. Wir wollen durch die Zusammenstellung der Information in dieser Plexusfibel dazu beitragen, bestmögliche Ergebnisse für die betroffenen Kinder zu erzielen und diese Verletzungen durch Aufklärung von Ärzten, Hebammen und werdenden Eltern soweit als möglich zu vermeiden.

Wir hoffen, dass mit der vorliegenden Infofibel die Information und der Kenntnisstand über die geburtstraumatische Plexus brachialis Schädigung bei Kindern verbessert werden kann.

Wir freuen uns über jede Anregung, Ergänzung oder Kritik, die wir gerne bei einer möglichen Neuauflage mit einarbeiten wollen.

Wir danken unseren Autoren für die Aufsätze und Informationen.

Sie finden uns und die Selbsthilfegruppe Plexuskinder ebenfalls im Internet unter [www.Plexuskinder.de](http://www.Plexuskinder.de).

Dr. Jörg Bahm  
Dr. Roland Uphoff  
Mirjam Mahler

April 2010

## Grundlagen der Arzthaftung

### *Schulterdystokie und Plexus brachialis Schädigung als typischer Geburtsschadensfall*

von Dr. Roland Uphoff

#### Einleitung

Die Schulterdystokie und ihre traumatischen Folgen für Mutter und Kind führen häufig zu dem Vorwurf fehlerhafter Behandlung durch die beteiligten Ärzte und Hebammen. Der Vorwurf eines Behandlungsfehlers („ärztlicher Kunstfehler“) erfordert immer eine sorgfältige *Einzelfallanalyse durch Jurist und Sachverständigen*. Jeder medizinische Sachverhalt, jede Geburt ist anders und wird von verschiedenen Ärzten und Hebammen betreut.

Die Beurteilung, ob nach einer Schulterdystokie und Plexus brachialis Läsion Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche des Kindes und/oder der Mutter begründet sind, ist aus medizinrechtlicher und medizinischer Sicht nur unter Würdigung des individuellen Sachverhaltes zu leisten.

Die folgenden Ausführungen geben daher Grundsätzliches wieder und können die Überprüfung im Einzelfall nicht ersetzen.

#### **Was sind die grundsätzlichen Voraussetzungen, um Schadenersatz wegen ärztlicher Behandlungsfehler zu fordern?**

Um Schadenersatz wegen ärztlicher Behandlungsfehler zu fordern, müssen verschiedene haftungsrechtliche Voraussetzungen vorliegen. Die Frage, ob ein Arzt und/oder eine Hebamme nach Schulterdystokie und Plexus brachialis Schädigung zur Verantwortung zu ziehen sind, lässt sich nur beantworten, wenn einige Grundlagen der zivilrechtlichen Arzthaftung geklärt sind. Es sollen daher die wesentlichen Voraussetzungen erläutert werden.

##### **a) Ärztlicher Behandlungsfehler**

Der Dreh- und Angelpunkt der ärztlichen Haftung ist die Einhaltung des fachmedizinischen Standards im gesamten Bereich der Diagnostik und Therapie. Der Arzt schuldet eine dem Stand der fachmedizinischen Wissenschaft entsprechende Diagnose, Beratung und Aufklärung und er ist verpflichtet, auf die angemessene, einfachste, schnellste und schonenste Weise zu therapieren, mit dem Ziel, die Krankheit zu heilen oder das Leiden zu lindern.

Es muss also die Frage gestellt werden, ob der Arzt unter Einsatz der von ihm zu fordernden diagnostischen und therapeutischen Kenntnisse und Erfahrungen im konkreten Fall eine vertretbare Entscheidung über die zu treffende Maßnahme getroffen und diese Maßnahme sorgfältig durchgeführt hat.

Der ärztliche Behandlungsfehler ist also die Verletzung dieser Berufspflicht zur *sorgfältigen und notwendigen Behandlung in Diagnostik und Therapie*.

Was ist aus fachmedizinischer Sicht notwendig und entspricht der beruflich gebotenen Sorgfalt?

Geschuldet und gefordert ist der so genannte „*Facharztstandard*“, d.h. die Sorgfalt eines besonnenen und gewissenhaften Arztes der jeweiligen Fachrichtung.

Es kommt *nicht* auf das individuelle persönliche Können an, sondern auf die übergreifende fachmedizinische Sorgfalt.

Von Bedeutung ist hierbei, dass der Sorgfaltsmaßstab sich stetig verändert, d.h. dynamisch ist. Es kann durchaus sein, dass eine Behandlungsmethode vor einiger Zeit eine Außenseitermethode, zum jetzigen Zeitpunkt einen Behandlungsstandard und in Zukunft eventuell einen Behandlungsfehler darstellt.

Was aus *fachmedizinischer* Sicht erforderlich und richtig ist, kann häufig nur *mit Hilfe eines Sachverständigengutachtens* beantwortet werden.

In Geburtsschadensfällen bedeutet dieses, dass regelmäßig ein gynäkologisches/ geburtshilfliches sowie kinderärztliches/neonatologisches Facharztgutachten eingeholt werden muss. Häufig ist in diesen Fällen auch ein neuropädiatrisches Facharztgutachten einzuholen, um den genauen Schadenszusammenhang und die Entstehungsursache der Behinderung aufzuklären.

Aufgabe des Sachverständigen ist es dabei, den medizinischen Sachverhalt aufzuklären und klar zu machen, welche Behandlungsmaßnahme fachmedizinischer Standard ist und inwieweit die tatsächliche Behandlung hiervon abweicht.

Es muss dabei aus medizinrechtlicher Sicht immer überprüft werden, ob das Sachverständigengutachten vollständig und widerspruchsfrei den Sachverhalt aus medizinischer Sicht würdigt. Hieran anschließend kann der Sachverhalt medizinrechtlich bewertet werden.

Die *medizinrechtliche* Bewertung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, ist im Arzthaftungsrecht durch eine *ausgeprägte Rechtsprechung* geprägt. Es gibt sehr viele Einzelfallentscheidungen, aus denen sich bestimmte Grundsätze und Standards ableiten lassen.

Das Arzthaftungsrecht ist zwischenzeitlich ein Rechtsprechungsrecht im Sinne der amerikanischen case-law Systematik, d.h. es gibt zu vielen medizinischen Sachverhalten ein bestimmtes Urteil („Präjudiz“).

Tendenziell muss man festhalten, dass ein *hoher Pflichtmaßstab* an die ärztliche Tätigkeit durch die Rechtsprechung angelegt wird.

Daneben zeigt sich, dass die Rechtsprechung sehr ausführlich den *Einzelfall* würdigt und entscheidet.

Die Rechtsprechung hat *verschiedene Arten* von Behandlungsfehlern herausgearbeitet.

Es gibt also beispielsweise ärztliches *Organisationsverschulden* (bspw. bei der Arbeitsteilung im ärztlichen Bereich zwischen Arzt und Hebamme), *Übernahmeverschulden* (bspw. bei Anfängeroperationen), *Koordinierungs- und Kontrollfehler* sowie *Qualitätsmängel* durch Diagnose- und Therapiefehler, insbesondere im Bereich der Schwangerschaftsvorsorge und der vorgeburtlichen Diagnostik.

Es gibt eine spezielle *Rechtsprechung im Geburtsschadensbereich*, die sehr ausführlich die einzelnen Bereiche von Schwangerschaft, vorgeburtlicher Betreuung, Geburtsmanagement und nachgeburtlicher Betreuung beurteilen.

Die *Schwangerschaftsbetreuung* wird dabei insbesondere daraufhin überprüft, ob fetale Gefährdungssituationen bspw. bei Übertragung, EPH-Gestose, Frühgeburtsbestrebungen oder Sepsis frühzeitig erkannt und darauf reagiert wird.

Ähnlich wird bei der *vorgeburtlichen Betreuung* gefordert, das fetale Risiko insbesondere durch Sauerstoffmangel zu erkennen und zu minimieren. Hier sind Betreuungsstandards ausgeurteilt worden, die sich speziell mit Fragen der CTG-Überwachung, Infektionsprophylaxe, Lungenreifebehandlung bei Frühgeburt sowie Betreuung von Risikogeburten in Perinatalzentren beschäftigen.

Das *Geburtsmanagement* wird vergleichbar medizinrechtlich dahingehend überprüft, ob ausreichend auf fetale Gefährdungen durch Sauerstoffmangel reagiert wurde. Es gibt hier eine ausgeprägte Rechtsprechung zu Informationspflichten bei CTG-Pathologien, Durchführen von Mikroblutanalyse, Akutmaßnahmen und Anlaufen von so genannten „Sectio-Plänen“, Einhalten von E-E-Zeiten (Entscheidung zur Sectio – Entwicklung des Kindes) sowie Vorgaben zu vaginaloperativem Vorgehen.

Der spezielle Fall der Schulterdystokie wird weiter unten genauer erläutert.

Im Bereich der *nachgeburtlichen Betreuung* hat die Rechtsprechung insbesondere eine frühzeitige und ausreichende neonatologische Intervention auf fetalen Stress gefordert. Es wird regelmäßig in der Rechtsprechung genauer beurteilt, ob suffizient reanimiert, beatmet und intensiv weiterversorgt bzw. weitergehend das Neugeborene überwacht und kontrolliert wurde. Es gilt hier der Grundsatz, dass sofort und dauernd reagiert werden muss.

Die medizinische Begutachtung durch einen Sachverständigen sowie die darauf aufbauende medizinrechtliche Beurteilung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, ist speziell im Geburtsschadensbereich schwierig und von komplexen Sachverhalten abhängig. Man kann, wie oben einleitend erwähnt, immer nur im Einzelfall und für den Einzelfall eine abschließende und fundierte Antwort geben.

## **b) Gesundheitsschaden**

Haftungsrechtliche Voraussetzung ist neben dem vorab dargestellten ärztlichen Behandlungsfehler, dass ein körperlicher und/oder geistiger Gesundheitsschaden beim Patienten vorliegt.

In diesem Zusammenhang ist im Bereich der Geburtsschäden regelmäßig notwendig, aufgrund von aktuellen Arztbriefen oder speziellen kinderärztlichen Untersuchungen, den Status präsens, d.h. das jetzige Behinderungsbild, festzustellen. Insbesondere bei cerebralen Bewegungsstörungen lässt das jetzige Behinderungsbild bzw. dessen Entwicklung in gewissem Umfang Rückschlüsse auf die Entstehungsursache zu.

Haftungsrechtlich ist von Bedeutung, dass das Vorliegen eines Gesundheitsschadens *nicht* bedeutet, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt. Die Tatsache, dass ein Gesundheitsschaden eingetreten ist, indiziert eben nicht, dass dieser Schaden ursächlich durch einen ärztlichen Behandlungsfehler verursacht wurde. Der Misserfolg der ärztlichen Behandlung beinhaltet *keinerlei Vermutung*, dass dieser auf einem ärztlichen Behandlungsfehler beruht.

## **c) Ursachenzusammenhang/Kausalität zwischen ärztlichem Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden**

Zwingend notwendig ist weiterhin, dass der eingetretene Gesundheitsschaden beim Patienten durch den ärztlichen Behandlungsfehler *verursacht* worden ist.

Diese Frage nach der Kausalität zwischen Schaden und Fehler ist in medizinrechtlichen Schadensfällen häufig schwierig und kaum zu beantworten.

Im Bereich der Geburtsschäden ist zu fragen, ob die körperliche/geistige Behinderung beim Kind prä-, peri- oder postnatal entstanden ist.

Liegt also eine so genannte „*geburtsassoziierte Schädigung*“ beim Kind vor oder ist diese Schädigung „*schicksalhaft*“?

Wie unter b) beschrieben, bedeutet die Tatsache, dass ein Schaden eingetreten ist, nicht, dass dieser Schaden ursächlich durch einen Behandlungsfehler verursacht wurde.

Darüber hinaus ist weiter zu beachten, dass selbst für den Fall, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler festgestellt werden kann und darüber hinaus ein körperlicher/geistiger Schaden vorliegt, der Ursachenzusammenhang zwischen Gesundheitsschaden und Behandlungsfehler nicht zwingend gegeben sein muss.

Für den Fall der *Schulterdystokie mit geburtstraumatischer Lähmung* des Plexus brachialis ist diese Frage indes eindeutig zu beantworten. Da es *keine weit vorgeburtlichen oder durch Infektionen bedingte schwere Plexus brachialis Läsionen gibt*, ist insoweit der Ursachenzusammenhang klar und eindeutig.



Ansonsten ist das Bestreiten der Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden die *primäre Verteidigungsstrategie in Arzthaftungsangelegenheiten*.

Insbesondere *bei Frühgeburten* wird häufig eingewandt, dass auch für den Fall, dass die Kaiserschnittentbindung beim Frühgeborenen frühzeitiger durchgeführt worden wäre, es aufgrund der unzureichenden Lungenreife beim Neugeborenen auf jeden Fall zu Hirneinblutungen infolge unzureichender Sauerstoffsättigung und damit zur Cerebralparese gekommen wäre.

Für den Bereich der *Schulterdystokie* wird ebenfalls regelmäßig eingewandt, dass auch für den Fall, dass der Facharzt beim Auftreten der Schulterdystokie unmittelbar anwesend gewesen wäre oder insgesamt sorgfältig die manuelle Kindsentwicklung vorgenommen hätte, die Plexus brachialis Schädigung nicht zwingend vermieden werden konnte.

Die beschriebenen Voraussetzungen (ärztlicher Behandlungsfehler, Gesundheitsschaden, Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Schaden) müssen *sämtlich* vorliegen, damit Schadenersatz gefordert werden kann.

## **Beweis und Beweislast**

Grundsätzlich hat der Patient den Behandlungsfehler, den Gesundheitsschaden und den Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Schaden darzulegen und (in einem Rechtsstreit) zu beweisen.

Hier werden der Patientenseite im Arzthaftpflichtbereich von der Rechtsprechung zum Teil „Erleichterungen“ zugebilligt.

Da dem Patienten aufgrund der fehlenden Kenntnisse im Medizinbereich häufig der Beweis von Behandlungsfehler, Gesundheitsschaden und Ursachenzusammenhang Schwierigkeiten bereitet, existieren beweisrechtliche Sonderregelungen, die dieses „Informationsgefälle“ ausgleichen sollen.

Unterläuft dem Arzt bei der Behandlung des Patienten ein so genannter „*grober Behandlungsfehler*“, so genügt, dass dieser Behandlungsfehler „generell geeignet“ ist, den Gesundheitsschaden beim Patienten zu verursachen.

Die Beweislast des Patienten ist also derart, dass er nicht ohne jedweden Zweifel darlegen und beweisen muss, dass der Fehler den Schaden verursacht hat. *Es genügt, wenn der grobe Fehler geeignet ist, den Schaden zu verursachen.*

Ein grober Behandlungsfehler ist nach der medizinrechtlichen Rechtsprechung dann zu bejahen, wenn dem Arzt ein Fehler oder ein Versäumnis unterläuft, welches „schlechterdings unverständlich“ ist. Es kommt also darauf an, ob das ärztliche Verhalten eindeutig gegen gesicherte und bewährte medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen verstoßen hat. Daneben gibt es weitere sehr komplexe

Beweiserleichterungsmöglichkeiten und Beweislastvereinfachungen für den Patienten, die an dieser Stelle jedoch nicht weiter erörtert werden sollen.

In diesem Zusammenhang ist weiter von Bedeutung, dass dem Arzt umfangreiche Befunderhebungs- und Dokumentationspflichten obliegen.

### **Dokumentationspflicht des Arztes**

Die Krankenblätter des Arztes müssen die wichtigsten Daten der Krankengeschichte (Anamnese), die Diagnose, Therapie, Medikamentierung sowie deren Ergebnisse enthalten. Aus der Krankendokumentation muss der Krankheitsverlauf für einen nachbehandelnden Arzt nachvollziehbar sein; der Behandlungsverlauf muss anhand der Krankenblattdokumentation rekonstruierbar sein.

Es gilt der Grundsatz, dass die Dokumentation *wahr, vollständig und klar* sein muss.

Alles medizinisch Bedeutsame und Besondere ist zu dokumentieren, d.h. insbesondere aufzeichnungspflichtige Maßnahmen und Befunde sind schriftlich festzuhalten.

Eine aufzeichnungspflichtige, medizinisch notwendige *Maßnahme*, die *nicht dokumentiert* ist, gilt als *nicht durchgeführt*.

Für den Bereich der Schulterdystokie und Plexus brachialis Schädigung gilt, dass ein Vermerk „sehr schwere Schulterentwicklung“ im Geburtsverlaufsprotokoll *nicht* ausreicht.

Notwendig ist, dass der Arzt das von ihm zur Behandlung der Schulterdystokie tatsächlich angewandte Vorgehen jedenfalls in groben Zügen wiedergibt. Zu beschreiben ist, worin die Schwierigkeiten in der Schulterentwicklung bestanden haben und welche Maßnahmen zur Beseitigung getroffen worden sind.

Die *mangelhafte Dokumentation* des Geburtsvorganges ist regelmäßig *Indiz für ein fehlerhaftes Vorgehen*.

Haftungs- und prozessrechtlich kann der Arzt mit Benennung von Zeugen erneut das Gegenteil oder den medizinisch nicht dokumentierten Sachverhalt beweisen. In einem solchen Fall obliegt indes dem Arzt die Beweislast.

Abschließend ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass der Patient einen (*gerichtlich einklagbaren*) *Anspruch auf Einsichtnahme in seine vollständigen Krankenblattunterlagen* des behandelnden Arztes hat.

### **Aufklärungspflicht des Arztes**

Die ärztliche *Tätigkeit* mit Eingriffen in die körperliche Integrität bedarf der vorherigen Aufklärung und Einwilligung des Patienten.

Der Arzt haftet also nicht nur wegen Verletzung der Regeln der ärztlichen Kunst (ärztlicher Behandlungsfehler), sondern *auch* wegen eines ärztlichen Eingriffs ohne Aufklärung des Patienten bzw. ohne dessen Einwilligung.

Es kann also Schadenersatz auch dann gefordert werden, wenn der ärztliche Eingriff sorgfältig durchgeführt worden ist, jedoch dieser Eingriff ohne Aufklärung und Einwilligung erfolgt ist.

Hier ist aus medizinrechtlicher Sicht entscheidend, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten auch die Möglichkeit beinhaltet, eine ärztliche Maßnahme abzulehnen, auch wenn dies medizinisch unvernünftig ist. Dem Patienten soll die Entscheidungsmöglichkeit bleiben, zwischen Krankheit oder Therapie zu wählen.

Es gibt auch in diesem Zusammenhang eine *umfangreiche Rechtsprechung im Arzthaftungsbereich*.

Hier wird auf der einen Seite auf Seiten der Ärzteschaft erheblicher Widerstand geleistet und darauf hingewiesen, dass die Rechtsprechung zur Aufklärungspflicht inzwischen „ausufernd“ sei.

Auf der anderen Seite lässt sich feststellen, dass der Einwand, der Patient sei nicht aufgeklärt worden (die sogenannte „Aufklärungsrüge“) gelegentlich von Beteiligten als letzte Möglichkeit gesehen wird, Schadenersatz zu fordern. Die Aufklärungsrüge wird also als „Auffangtatbestand“ prozesstaktisch im Rechtsstreit nachgeschoben.

Da der Arzt auch darlegen und beweisen muss, dass der Patient ausreichend informiert bzw. aufgeklärt worden ist und eingewilligt hat, ergeben sich häufig hier für den Patienten erhebliche Beweisvorteile.

Die Frage, ob eine mangelnde Aufklärung gerügt wird, muss mit dem Patienten vom beratenden Anwalt besprochen werden. Wenn die Aufklärungsrüge für durchgreifend gehalten wird, *muss* von Anfang an die Rüge erhoben werden. Wenn dieses medizinrechtlich zweifelhaft erscheint, so sollte man die Aufklärungsrüge *nicht* prozesstaktisch als Auffangtatbestand benutzen.

Die ärztlichen Aufklärungspflichten sind in der Rechtsprechung sehr ausführlich unterteilt worden.

Danach gibt es eine Therapieaufklärung („Sicherungsaufklärung“), Diagnoseaufklärung, Verlaufs- und Eingriffsaufklärung („Selbstbestimmungsaufklärung“), Risikoaufklärung, Aufklärung über Alternativen, wenn mehrere schulmedizinische Methoden zur Wahl stehen und eine wirtschaftliche Aufklärung, insbesondere bei zahnmedizinischen und -prothetischen Leistungen.

Im *Geburtsschadensbereich* können die Grundsätze der Aufklärungspflicht wie folgt zusammengefasst werden:

Der Arzt darf keine *eigenmächtige Entscheidung* zur vaginalen Entbindung treffen, wenn eine Kaiserschnittentbindung (Sectio) eine *medizinisch vertretbare oder echte Alternative* ist.

Der Arzt hat auf die *Möglichkeit einer Sectio hinzuweisen*, wenn im Fall der vaginalen Geburt für das Kind *ernst zu nehmende Gefahren drohen* und daher gewichtige Gründe für eine Sectio sprechen. Es ist also immer zu fragen, ob mehrere Behandlungsalternativen mit verschiedenen Risiken vorliegen. Speziell für den Geburtsschadensbereich ist zu klären, ob eine Sectio absehbar oder möglich ist.

Der Arzt hat rechtzeitig vor Beginn des Geburtsverlaufs aufzuklären, wenn sich die Gebärende noch in einem Zustand befindet, in dem eine *Entscheidung in Ruhe und mit Überlegung* getroffen werden kann.

### **Welche medizinrechtlichen Voraussetzungen müssen vorliegen, um Schadenersatz nach Schulterdystokie und Plexus brachialis Schädigung zu fordern?**

Die Schulterdystokie mit dadurch verursachter Plexus brachialis Schädigung stellt sich als typischer Geburtsschadensfall dar. Wenn *nach geburtstraumatischer Plexus brachialis Läsion Schadenersatz* gefordert werden soll, so müssen die vorab geschilderten *medizinrechtlichen Voraussetzungen* (ärztlicher Behandlungsfehler, Gesundheitsschaden, Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Schaden) dargelegt und *bewiesen werden*.

Die obergerichtliche Rechtsprechung zur Haftung eines Arztes und/oder einer Hebamme nach Schulterdystokie und Plexus brachialis Läsion zeigt, wie sehr sich die Rechtsprechung bemüht, den Einzelfall zu würdigen und zu beurteilen.

#### **a) Wie kommt es zur Schulterdystokie / Plexus brachialis Schädigung?**

Die Geburtskomplikation der *Schulterdystokie* besteht darin, dass die vordere kindliche Schulter sich hinter der mütterlichen Symphyse verkeilt; die Schulterbreite des Kindes steht (fast) im geraden Durchmesser über dem Beckeneingang und kann sich nicht weiter entwickeln. Die Schulterrotation vom geraden in den queren Durchmesser erfolgt nicht. Es kommt zu einer *unvollständigen Rotation des Kindes im Geburtskanal. Das Kind bleibt hängen*.

Nach Geburt des kindlichen Kopfes kommt es zum Geburtsstillstand.

Diese, in der medizinischen Literatur als „*geburtshilfliche Horrorsituation*“ beschriebene Komplikation birgt erhebliche kindliche (fetale) und mütterliche (maternale) Risiken in sich.

Für das Kind bedeutet der *Geburtsstillstand* eine *Akutsituation* mit hypoxischer Gefährdung mit dem *Risiko der cerebralen Schädigung*, welches auch durch eine placentare *Minderdurchblutung* bedingt ist. Daneben besteht das Risiko von Nerven- und Skelettverletzungen, insbesondere in Form der Plexus brachialis Läsion.

Maternale Risiken sind insbesondere in gravierenden Weichteilverletzungen, Uterusruptur und/oder Blutverlusten zu sehen.

Ob eine Schulterdystokie auftritt oder nicht, hängt maßgeblich vom *kindlichen Geburtsgewicht* ab, da bei zu hohem Geburtsgewicht das Kind nicht physiologisch tiefertritt und somit Schwierigkeiten hat, zu rotieren.

Die Inzidenz der Schulterdystokie beträgt auf sämtliche Geburten berechnet gerade einmal 0,15% bis 0,6%. Bei einem Geburtsgewicht von über 4000g tritt die Schulterdystokie in 2-3% der Fälle auf; bei über 4500g steigt die Häufigkeit auf etwa 10% an. Bei über 5000g Geburtsgewicht kommt es in 40% dieser Fälle zur beschriebenen Geburtskomplikation.

In Abhängigkeit zum beschriebenen kindlichen Geburtsgewicht können bestimmte kindliche, maternale und geburtshilfliche *Parameter abgefragt* werden, um das Risiko einer Schulterdystokie abschätzen zu können.

An *kindlichen Parametern* ist neben dem geschätzten kindlichen Geburtsgewicht das Verhältnis zwischen Kopfdurchmesser und queren Thoraxdurchmesser zu sehen. Da im Regelfall das Verhältnis 1:1 sein soll, ist ein Abweichen von diesem Regelfall ein Hinweiszeichen, dass es zu einer Schulterdystokie kommen kann.

*Maternale Parameter* ergeben sich folgerichtig aus der Abhängigkeit zum kindlichen Geburtsgewicht. Es müssen hier insbesondere die Schwangerschaftsdaten sowie anamnestiche Daten abgefragt werden.

Sowohl das mütterliche Geburtsgewicht oder Übergewicht der Schwangeren als auch ein Gestationsdiabetes bzw. Diabetes mellitus sind Risiken für ein hohes Geburtsgewicht und damit mütterliche Hinweiszeichen für eine mögliche Schulterdystokie.

Auch eine Schulterdystokie bei einer vorangegangenen Geburt oder die vorangegangene Geburt eines makrosomen Kindes sind weitere Hinweiszeichen. Gleichfalls werden in der medizinischen Literatur ein erhöhtes mütterliches Alter sowie Multiparität als Parameter für das mögliche Auftreten einer Schulterdystokie gesehen.

Die *geburtshilflichen Parameter* für das Abschätzen, ob eine Schulterdystokie entstehen könnte, stehen gleichfalls in Abhängigkeit mit dem kindlichen Geburtsgewicht.

Ein geburtshilflicher Parameter ist zum einen die *Terminüberschreitung*. Daneben sind eine *verlängerte Austreibungsphase* (länger als eine Stunde) sowie das längerfristige *Verabreichen von Wehenmitteln* zu sehen.

Diese Parameter stehen in unmittelbarer Abhängigkeit zum kindlichen Geburtsgewicht, da sich im Geburtsverlauf zeigt, dass das übergroße Kind nicht tiefer treten kann.

Auch die *vaginal-operative Geburtshilfe aus Beckenmitte* kann ein geburtshilflicher Parameter sein, um das Risiko einer Schulterdystokie abschätzen zu können. Bei einem vaginal-operativen Vorgehen aus Beckenmitte kommt es wegen der *beschleunigten Traktion* des Kindes zu einer *unvollständigen Schulterrotation*. Bei der stark beschleunigten Austreibung beim vaginal-operativem Vorgehen (mittels Saugglocke und/oder Zange) kann es passieren, dass die *Schulter* nicht dem physiologischen Rotationsmechanismus folgt und an der *mütterlichen Symphyse hängen bleibt*.

Die beschriebenen kindlichen, maternalen und geburtshilflichen Parameter sind keine abschließenden Bedingungen, sondern Anknüpfungspunkte, um das Risiko einer möglichen Schulterdystokie abschätzen zu können. Diese *Risikoabschätzung* ist für die Frage der ärztlichen Aufklärung über den möglichen Entbindungsmodus von entscheidender Bedeutung.

### **b) Wann und worüber muss vorgeburtlich aufgeklärt werden?**

Wie oben dargestellt, ist grundsätzlich die Entbindungsmethode primär Sache des Arztes. Wenn jedoch ernstzunehmende Gefahren für Mutter und/oder Kind drohen oder die Sectio eine medizinisch vertretbare Alternative ist, dann müssen die Eltern über den Geburtsmodus aufgeklärt und informiert werden.

Der Bundesgerichtshof hat ausgeurteilt, dass ein geburtsleitender Arzt gegenüber einer Gebärenden *von sich aus die Möglichkeit einer Schnittentbindung zur Sprache bringen* muss, wenn im Fall einer vaginalen Geburt für das Kind *Gefahren drohen* und daher gewichtige Gründe für eine Sectio sprechen.

Diese Aufklärungsproblematik stellt sich naturgemäß auch bei der möglichen Geburtskomplikation der Schulterdystokie.

Grundsätzlich ist ein geschätztes hohes Geburtsgewicht als einziger Faktor nicht ausreichend, um die Möglichkeit einer Schnittentbindung zu besprechen und hierüber aufzuklären.

Liegt indes das geschätzte Geburtsgewicht bei annähernd 4500g, d.h. das Kind zeigt eine *deutliche Makrosomie*, so muss über das Risiko der Schulterdystokie und die Möglichkeit der *Sectioentbindung aufgeklärt* werden. Liegt das Geburtsgewicht niedriger, so müssen weitere Risikofaktoren, d.h. die oben beschriebenen kindlichen, mütterlichen oder geburtshilflichen Parameter hinzukommen, um eine Aufklärungspflicht des Arztes zu begründen.

Die entscheidende Frage ist, ob sich das *Risiko einer Schulterdystokie abzeichnet*, damit die Sectioentbindung zur Alternative wird.

Die Rechtsprechung zur Aufklärung bei Schulterdystokie ist nicht eindeutig und zeigt, wie differenziert die *Rechtsprechung versucht, den Einzelfall zu würdigen*.

So ist *ausgeurteilt* worden, dass die *Makrosomie* des Kindes als *einziger Gesichtspunkt keine Indikation zur primären Sectio ist*.

Wenn indes eine Makrosomie vorliegt und weitere Risikofaktoren zu erkennen sind, die die Sectio zur echten Alternative werden lassen, dann ist über das Risiko der Schulterdystokie und die Möglichkeit der Sectio aufzuklären.

Wenn bei einer vorangegangenen Geburt eine Erb'sche Lähmung bei einem Geburtsgewicht von 4200g aufgetreten war und bei der aktuellen Geburt ein Kindsgewicht über 4000g geschätzt wird, ist aufzuklären. Gleichfalls ist aufzuklären bei anderen „erheblichen Gesichtspunkten“.

Es zeigt sich, dass nur im Einzelfall entschieden werden kann, ob über das Risiko einer Schulterdystokie und die Möglichkeit einer Sectio aufgeklärt werden muss.

Je höher das geschätzte Geburtsgewicht, desto geringer wird man die sonstigen kindlichen, maternalen und geburtshilflichen Risikofaktoren fordern können. Je geringer das geschätzte Geburtsgewicht, desto weniger wird die Notwendigkeit einer Aufklärung über den Entbindungsmodus gesehen werden können.

Die Frage der vorgeburtlichen Aufklärung ist eng verknüpft mit der Frage, welche vorgeburtliche Diagnostik und welche vorgeburtlichen Maßnahmen unternommen werden müssen.

### **c) Welche vorgeburtliche Diagnostik und welche Maßnahmen müssen vorgenommen werden?**

Es ist zu verlangen, dass *alle möglichen diagnostischen Maßnahmen ausgeschöpft* werden, um das *Risiko einer Schulterdystokie abzuschätzen*.

Dieses bedeutet, dass *pränatal alle anamnestischen Parameter abgefragt werden müssen*, die das Risiko einer Schulterdystokie erklären können.

Das frühere Kindsgewicht, der frühere Entbindungsverlauf und sonstige Risikofaktoren, die sich in der Anamnese zeigen, sind abzufragen.

Daneben ist *ultraschallsonografisch das Geburtsgewicht bestmöglich abzuschätzen*.

Die *Mutterschaftsrichtlinien* sehen seit dem 01.04.1995 ein sogenanntes *dreistufiges Screening* vor. Wenn ein abklärungsbedürftiges Risiko vorliegt, bspw. unklare Ultraschalldiagnose, so sind weitergehende diagnostische Maßnahmen notwendig.

Hier ist von Bedeutung, dass im Rahmen der Ultraschalldiagnostik eine Schwankungsbreite von +/- 10% zu beachten ist, d.h. das sonografisch geschätzte Geburtsgewicht immer +/- 10% höher oder niedriger liegen kann.

Neben dem Abfragen der anamnestischen Parameter, der sorgfältigen Ultraschallsonografie, ist eine *sorgfältige Beckendiagnostik zu fordern*.

Vorgeburtlich kann eine Größenbestimmung durch die Inspektion und Palpation des Leibes, die Feststellung des Gebärmutterfundusstandes, die Messung des Leibesumfangs als auch die Messung des Symphysenfundusstandes Aufschluss über die Beckenmaße geben. Neben dieser *messenden Beckendiagnostik* ist eine *funktionelle Beckendiagnostik* zu betreiben.

Wie verhält sich also der kindliche Kopf im Verlauf des Geburtsfortschrittes?

Der *Geburtsverlauf ist genau zu beobachten* und abzuklären, ob die oben beschriebenen geburtshilflichen Parameter vorliegen, die eine Schulterdystokie befürchten lassen.

Neben dem Ausschöpfen aller diagnostischen Maßnahmen, um das Risiko einer Schulterdystokie abzuschätzen, sind weitere Maßnahmen vorgeburtlich notwendig um die Geburt „vorzubereiten“.

Wenn ein großes Kind zu erwarten ist und damit eine *Risikogeburt* vorliegt, so ist zu fordern, dass die Geburt *vom erfahrensten Oberarzt betreut* und geleitet wird. Dieses gilt auch dann, wenn tatsächlich keine medizinische Indikation zur Sectio vorliegt.

Es gilt der zwingende geburtshilfliche Grundsatz, dass eine Risikogeburt *nicht* von einer Hebamme zu betreuen ist.

Grundsätzlich kann eine Geburt durch eine Hebamme überwacht und geleitet werden. Wenn indes eine Risikogeburt vorliegt oder Komplikationen eintreten (bspw. pathologische CTGs oder das Auftreten einer Schulterdystokie), so ist die Geburt durch den Facharzt zu leiten und weiter zu betreuen.

#### **d) Welche Maßnahmen sind beim Auftreten der Schulterdystokie zu ergreifen?**

Die *Arzthaftpflichtrechtsprechung* hat genauer ausgeurteilt, welche Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen sind, wenn eine Schulterdystokie auftritt.

Grundsätzlich *endet die Kompetenz der Hebamme* mit Auftreten der Schulterdystokie. Es müssen der Facharzt, der Anästhesist und der Pädiater informiert werden, damit die Geburtskomplikation sorgfältig und ausreichend behandelt wird.

Es muss bei festgestellter Schulterdystokie *sofort ein Facharzt* hinzugezogen werden; dieser muss sofort *zur Stelle sein*.

Die *Maßnahmen* beim Auftreten der Schulterdystokie müssen durch klare Anweisungen und Organisation im Krankenhaus sichergestellt sein. Es genügt hierbei, dass der Facharzt in Rufbereitschaft zur Verfügung steht.

Die Frage, wie eine Schulterdystokie zu überwinden ist, wird in der fachmedizinischen Literatur nicht einheitlich beschrieben. Dennoch sind fachmedizinische Standards zu erkennen, die für die Frage des Behandlungsfehlers von Bedeutung sind.



Grundsätzlich ist beim Auftreten der Schulterdystokie zunächst durch ein *Überstrecken und maximales Beugen der mütterlichen Beine* im Hüftgelenk zu versuchen, die kindliche Schulter über die Symphyse „hinwegzuhebeln“. Danach ist der Facharzt, der Anästhesist, der Pädiater zu informieren; ein „Alarmplan“ muss anlaufen.

Im Weiteren ist eine *Episiotomie* anzulegen, um den Weichteilraum zu erweitern und maximal Raum zu gewinnen.

*Wehen* sind im Zweifel durch einen hochdosierten Tokolysebolus zu *hemmen*.

Bei maximaler Hüftbeugung ist ein konstanter Druck oberhalb der Symphyse auf die festsetzende Schulter auszuüben („suprasympophysärer Druck“).

Wenn bis dahin keine Entwicklung der vorderen Schulter gelingt, ist die Schulter manuell vom geraden in den queren Durchmesser zu rotieren. Es muss *manuell eingegangen* werden und der hinten stehende Arm des Kindes „herausgestreift“ werden, damit der Schulterdurchmesser insgesamt reduziert wird. Es ist in der medizinischen Literatur und in der medizinrechtlichen Rechtsprechung klargestellt, dass ein *methodisch abgesichertes und überlegtes Vorgehen notwendig* ist. Zu *vermeiden* sind die drei großen „P’s“: *Panik, Pushing, Pulling*.

*Kontraindiziert* ist damit jeder erhöhte Fundusdruck (sogenannter *Kristeller'scher Handgriff*) bevor die Schulter des Kindes rotiert ist. Kontraindiziert sind weiter jedwede *Traktionsversuche*, um das Kind zu entwickeln.

Die fachmedizinischen Maßnahmen müssen durch genaue Dienstanweisungen und Organisationspläne sichergestellt werden.

### **e) Was ist aus medizinrechtlicher Sicht fehlerhaft?**

Die *Arzthaftpflicht-Rechtsprechung* hat speziell für den Bereich der Schulterdystokie und der geburtstraumatischen Plexus brachialis Läsion einige Behandlungsfehler festgestellt.

Dieses ist zum einen das Unterlassen einer sorgfältigen vorgeburtlichen Diagnostik (insbesondere Ultraschall) und das Unterlassen einer ausführlichen Anamnese (es gilt der Grundsatz: „Schauen Sie in den Mutterpass!“), um das Dystokierisiko besser abzuschätzen. Hier gilt, dass abgeklärt werden muss, ob neben der fetalen Makrosomie weitere Risikofaktoren vorliegen.

Als Behandlungsfehler ist gleichfalls angesehen worden, dass die Risikogeburt nicht durch einen erfahrenen Facharzt betreut wird. Dieses gilt auch für den Fall, dass zwar keine Indikation zur Sectio vorgeburtlich festgestellt wurde, jedoch mit einem großen Kind zu rechnen ist.

Der Arzt muss für den Fall, dass sich bei einem übergroßen Kind die Sectio als Alternative darstellt, frühzeitig und sorgfältig aufklären.

Als Behandlungsfehler ist ferner entschieden worden, dass beim Auftreten der Dystokie der Facharzt nicht gerufen wird und die Hebamme weiter handelt und die Kindesentwicklung vornimmt.

Gleichfalls als fehlerhaft wurde das Unterlassen einer groß angelegten Episiotomie eingestuft.

Als grob fehlerhaft wurde ausgeurteilt, dass beim Auftreten der Schulterdystokie unkontrollierter Fundusdruck mittels des Kristeller'schen Handgriffes ausgeübt wurde, um so zu versuchen, das Kind schnell zu entwickeln.

Es muss nochmals wiederholt werden, dass die vorab dargestellten Behandlungsstandards und -fehler nur allgemeine Grundsätze wiedergeben. Es verbleibt bei der vorab dargestellten Notwendigkeit, den Sachverhalt immer individuell zu bewerten.

### **Welche Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche sind nach Plexus brachialis Schädigung zu erlangen?**

Grundsätzlich besteht bei der Haftung eines Arztes und/oder einer Hebamme der Anspruch darauf, zum einem Schmerzensgeld und zum anderem Schadenersatz wegen behinderungsbedingtem Mehraufwand zu fordern. Mit dem *Schmerzensgeld* soll die Gesundheitsbeeinträchtigung oder Behinderung finanziell „ausgeglichen“ werden und dem verletzten Patienten eine gewisse finanzielle Genugtuung zukommen. Das Schmerzensgeld soll also den sogenannten „immateriellen“ Schaden ausgleichen, der dem Patienten durch das Zufügen von Schmerzen und Leid entstanden ist.

Für den Bereich der Plexus brachialis Läsion sind bis Ende der achtziger Jahre Beträge von ca. 50.000,- DM ausgeurteilt worden.

Inzwischen ist die Tendenz steigend. Das OLG Hamm hat bereits in einer Entscheidung 1997 100.000,- DM Schmerzensgeld bei einem Kind mit einer Plexus brachialis Läsion zugesprochen. Zwischenzeitlich werden auch von anderen Oberlandesgerichten (je nach Schwere der Plexusschädigung) 50.000,- bis 65.000,- Euro zugesprochen.

Von Bedeutung ist, dass zum einem ein Schmerzensgeldkapitalbetrag verlangt werden kann und zum anderem auch eine so genannte Schmerzensgeldrente durchgesetzt werden kann, wenn die Schmerzen und die Behinderung dauerhaft und auf Lebenszeit sind.

Ob eine Schmerzensgeldrente oder ein Schmerzensgeldkapitalbetrag verlangt werden soll, kann nur im Einzelfall beantwortet werden.

Neben dem Schmerzensgeld ist unabhängig *Schadenersatz wegen behinderungsbedingtem Mehraufwand* zu verlangen.

Dieses ist zum einen der *personelle Mehraufwand*, der dadurch entsteht, dass behinderungsbedingt Pflege- und Versorgungszeiten, Krankengymnastikzeiten, Therapiezeiten, die von den Eltern erbracht werden, Fahrtzeiten zu Ärzten etc. anfallen.

Hier ist für den Fall der Geburtsschäden zu fragen, was an behinderungsbedingten Mehrzeiten im Vergleich zum gesunden Kind anfallen.

Eine „marktgerechte Vergütung“ ist zu verlangen, die ein Stundenhonorar von 8,- bis 15,- Euro umfasst.

Ferner ist der *materielle Mehrbedarf* zu beziffern, der sich insbesondere aus Fahrtkosten, von der Krankenkasse nicht erstatteten behinderungsbedingten Aufwendungen sowie Therapiekosten, behinderungsbedingter Umbau der Wohnung, behinderungsgerechtes KFZ und *auch* den *Verdienstausschlagsschaden* des Kindes umfasst.

Der Schadenersatz wegen personellem und materiellem Mehrbedarf kann gleichfalls in Form einer Rente oder in Form eines Kapitalbetrages erstattet werden.

Je nach Schwere der Plexusläsion und des Betreuungsaufwandes können Beträge von 1.000,- bis 2.000,- Euro monatlich ausgeteilt werden.

Der Anspruch auf Schmerzensgeld und Schadenersatz wegen behinderungsbedingtem Mehraufwand verjährt in *3 Jahren* ab Kenntnis von Schaden und Schädiger, d.h. der Patient muss ausreichend Kenntnis von Tatsachen haben, die ein Fehlverhalten des Arztes nahe legen. Der Patient muss hierbei als medizinischer Laie Kenntnis von Tatsachen haben, aus denen sich ergibt, dass der Arzt vom üblichen ärztlichen Vorgehen abgewichen ist oder Maßnahmen nicht getroffen hat, die nach ärztlichen Standards zur Vermeidung oder Beherrschung von Komplikationen erforderlich waren.

Dabei ist wichtig, dass der *bloße Verdacht*, dass eine Schädigung beim Kind auf die Geburt zurückzuführen ist, gerade noch *keine* ausreichende Kenntnis vom Behandlungsfehler begründet. Es genügt nicht, dass die Eltern Kenntnis von der Schwere der Behinderung hatten und ihnen deshalb bekannt gewesen sein musste, dass diese Schäden mit der Geburt zusammenhängen.

Es ist also genau zu überprüfen, ob die 3-Jahres Frist bereits verstrichen ist.

Man wird im Ergebnis davon ausgehen können, dass *erst nach Einsichtnahme* in die *vollständigen Krankenblattunterlagen* eine Kenntnis im Sinne der oben genannten Rechtsprechung vorliegt.

Wenn die Krankenblattunterlagen an den Patienten übersandt wurden, kann weiterhin die Verjährungsfrist von 3 Jahren unterbrochen sein, wenn mit dem zuständigen Berufshaftpflichtversicherer korrespondiert wird.

## **Wie ist der Schadenersatz- und Schmerzensgeldanspruch durchzusetzen?**

### **Wie sieht die Praxis der Schadensregulierung im Geburtsschadensbereich aus?**

Die vorab dargestellten Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche sind beim Krankenhaus oder beim beteiligten Arzt anzumelden. Die weitere Korrespondenz wird dann mit der Berufshaftpflichtversicherung des Arztes und/oder der Klinik geführt.

Wenn die Berufshaftpflichtversicherung eine Regulierung der Angelegenheit ablehnt, so kann nur vor den Zivilgerichten geklagt werden.

Nur 10% der arzt haftungsrechtlichen Schadenersatzansprüche werden bei Zivilgerichten anhängig gemacht. 50% dieser Klagen enden zu Gunsten des Patienten durch einen vergleichsweisen Abschluss oder durch einen Klagegewinn.

Die Regulierungspraxis ist sehr stark abhängig vom beteiligten Berufshaftpflichtversicherer und natürlich auch vom Einzelfall. Dennoch gibt es Versicherer, die in der Schadenspraxis fast nie regulieren.

Die Anstrengung und die nervliche Belastung durch eine außergerichtliche Korrespondenz mit dem Berufshaftpflichtversicherer sind erheblich. Das Führen eines Rechtsstreits ist nervenaufreibend und kann sich über mehrere Jahre erstrecken.

Es kann bei einigen Berufshaftpflichtversicherern unterstellt werden, dass diese versuchen, den Patienten „weich zu kochen“ und darauf spekulieren, dass der Patient nach einigen Jahren Auseinandersetzung die Angelegenheit nicht mehr weiter verfolgen will und kann.

Es erfolgen harte Auseinandersetzungen in rechtlicher, medizinischer und persönlicher Hinsicht, so dass die psychische und auch physische Belastung durch das Anmelden von Schadenersatzansprüchen nicht unterschätzt werden sollte.

Es wird in der außergerichtlichen Korrespondenz und auch in einem Rechtsstreit im Geburtsschadensfall *alles vorgetragen*, was den Schadenersatzanspruch des Patienten oder des behinderten Kindes zu Fall bringen könnte.

So ist es nicht unüblich, vorzutragen, dass die Gebärende „unkooperativ“ und „hysterisch“ gewesen sei; sich nur unzureichend in der Schwangerschaft um die Schwangerschaft gekümmert habe und der tatsächlich anfallende Mehraufwand des Kindes nicht in dieser Höhe anfalle, sondern die Betreuung des Kindes viel weniger Zeit benötige.

Wenn man weiß, welche Risiken und Chancen bestehen, erfolgreich Schadenersatz und Schmerzensgeld zu fordern, sollte man sich von dieser außergerichtlichen Korrespondenz und der Hartnäckigkeit der Berufshaftpflichtversicherer nicht abschrecken lassen. Es lohnt sich in vielen Fällen, sich kompetent und

erfahren beraten zu lassen, um auch sicher zu gehen, dass das behinderte Kind in Zukunft finanziell abgesichert ist.

Der Rechtsanwalt muss dabei die Mandanten ausreichend informieren und beraten. Die Chancen und Risiken einer außergerichtlichen Auseinandersetzung sowie gegebenenfalls eines Rechtsstreits müssen in Ruhe besprochen werden.

*[Dr. Roland Uphoff ist Fachanwalt für Medizinrecht und auf Geburtsschadensrecht spezialisierter Rechtsanwalt in Bonn.]*