



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand August 2010

- 4 Medizinrecht
- 4.4 Pränatal- und Geburtsmedizin
- 4.4.1 Empfehlungen zu den ärztlichen Beratungs- und Aufklärungspflichten während der Schwangerenbetreuung und bei der Geburtshilfe

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR)

Empfehlungen zu den ärztlichen Beratungs- und Aufklärungspflichten während der Schwangerenbetreuung und bei der Geburtshilfe

AWMF 015/043 (S1)

Inhalt

1. Beratungs- und Aufklärungspflichten während der Schwangerenbetreuung
2. Aufklärungspflichten bei der Geburtshilfe
3. Aufklärungspflichten bei Sterilisationen
4. Modalitäten und Dokumentation der Aufklärung

Gynäkologie und Geburtshilfe haben sich in den letzten Jahren zu der am stärksten haftungsbelasteten Fachrichtung der Medizin entwickelt. Dabei beruhen viele Haftungsfälle nicht auf einer fehlerhaften Behandlung, sondern allein darauf, dass der Arzt seinen Beratungs- und Aufklärungspflichten nicht nachgekommen ist oder dies nicht beweisen kann. Die folgenden Ausführungen, die von Frauenärzten und Juristen gemeinsam verfasst worden sind, berücksichtigen die Anforderungen der Rechtsprechung und schließen sich an die Leitlinien zur Pränatalen Diagnostik an, die der Arbeitskreis „Pränatale Diagnostik“ des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer erarbeitet hat. Sie sollen dem Arzt helfen, Fehler bei der Beratung und Aufklärung zu vermeiden, und ein Ratgeber für schwierige Entscheidungssituationen sein.

Es wäre jedoch verfehlt, das Aufklärungsgespräch in erster Linie unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten zu führen. Es dient vor allem dazu, der Patientin die Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts zu ermöglichen und ihr dabei ihre Mitverantwortung für die Gesundheit des Kindes bewusst zu machen. Zugleich ist es geeignet, Vertrauen zum Arzt zu wecken, die Patientin vor späteren Enttäuschungen zu bewahren und die Verantwortung mit ihr zu teilen.

1. Beratungs- und Aufklärungspflichten während der Schwangerenbetreuung

1.1 Wissen vs. Nichtwissen

Der Arzt, der die Betreuung einer Schwangeren übernimmt, soll ihr schon bei der ersten Vorstellung das Wissen vermitteln, wie wichtig eine kontinuierliche Schwangerschaftsbetreuung für die Erkennung und Vermeidung von Risiken und

wie groß ihre eigene Verantwortung ist, durch vernünftige Lebensweise und Befolgung der ärztlichen Ratschläge ihren Beitrag zur Geburt eines gesunden Kindes zu leisten.

Der Arzt erhebt, wie in den jeweils gültigen Mutterschaftsrichtlinien vorgesehen, die anamnestischen Daten (Familien- und Schwangerschafts-, Arbeits- und Sozialanamnese). Er stellt den Mutterpass aus und führt die darin vorgesehenen und sonst angezeigten Untersuchungen durch. Die Schwangere hat jedoch ein Recht auf Nichtwissen: Sie kann die Durchführung einzelner diagnostischer Maßnahmen ablehnen, wenn sie z.B. bei einem möglichen pathologischen Befund nicht in eine Konfliktsituation geraten will.

1.2 Lebensführung

Der Arzt hat nicht die Aufgabe, die Lebensführung der Schwangeren zu erforschen und zu überwachen. Erlangt er jedoch durch die Anamnese oder auf andere Weise Kenntnis von Alkohol-, Nikotin- oder Drogengebrauch oder von sonstigen Verhaltensweisen, die mit ernststen Gefahren für die Gesundheit des Kindes verbunden sein können, so soll er die Schwangere nachdrücklich auf dieses Risiko hinweisen und dies dokumentieren.

1.3 Pränatale Untersuchungen

Pränatale Untersuchungen haben das Ziel, Risiken für Mutter und Kind rechtzeitig zu erkennen, eine optimale Behandlung zu gewährleisten und Befürchtungen der Schwangeren vor der Geburt und in Bezug auf die Gesundheit des Kindes abzubauen. Erweisen sich solche Befürchtungen jedoch als begründet, soll die Schwangere sich beizeiten hierauf einstellen und bei schwerer und unheilbarer Erkrankung des Kindes im Rahmen des Gesetzes die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch treffen können.

Der Arzt informiert die Schwangere, wie in den Leitlinien zur Pränatalen Diagnostik und den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehen, aus gegebenem Anlass und bei Hinweisen auf ein erhöhtes Risiko über die Möglichkeit invasiver diagnostischer Maßnahmen. Die Indikation hierfür kann sich namentlich aus folgenden, den Embryo/Fetus gefährdenden Umständen oder auffälligen Befunden ergeben:

- Alter der Mutter,
- pränatal diagnostizierbare Erkrankungen in der Familie,
- strukturelle oder numerische chromosomale Aberrationen bei einem Elternteil,
- Exposition gegenüber potentiell mutagenen oder teratogenen Faktoren und potentiell fruchtschädigenden mütterlichen Infektionen.

Vor invasiver Diagnostik ist eine genetische Beratung in Betracht zu ziehen. Sie soll informieren über:

- Ziel und Risiko der Untersuchung,
- Zuverlässigkeit des Untersuchungsergebnisses und Grenzen der Erkenntnismöglichkeit,
- Art und Schweregrad der zu untersuchenden Störungen,

4.4.1 Empfehlungen zu den ärztlichen Beratungs- und Aufklärungspflichten während der Schwangerenbetreuung und bei der Geburtshilfe

- Konsequenzen aus einem pathologischen Befund,
- Handlungsoptionen bei Feststellung einer Entwicklungsstörung oder späteren Erkrankung des Kindes,
- Alternativen bei Nichtinanspruchnahme der invasiven pränatalen Diagnostik.

Bei der Beratung darf der Arzt die Gefahren invasiver Diagnostik für den Embryo/Fetus und die Mutter nicht verschweigen, aber auch nicht größer darstellen, als sie tatsächlich sind. Maßnahmen invasiver Diagnostik bedürfen der Zustimmung der Schwangeren. Im vorangehenden Aufklärungsgespräch ist ihr zu erklären, dass sie durch das Untersuchungsergebnis in eine schwierige Entscheidungssituation geraten kann, ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation jedoch nicht wegen der befürchteten Erkrankung und/oder Behinderung des Kindes alleine, sondern nur dann in Betracht kommt, wenn unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren nicht auf andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

Diese Informationen sind im Hinblick auf die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruches so frühzeitig wie möglich zu geben. Sie dürfen nicht deshalb unterbleiben, weil der Arzt selbst einen Schwangerschaftsabbruch nicht durchführen würde (wozu er auch nicht verpflichtet ist) oder weil er annimmt, die Schwangere würde sich dazu nicht entschließen.

Das Untersuchungsergebnis bespricht der Arzt mit der Schwangeren, und zwar nach Möglichkeit unter Zuziehung auch des anderen Elternteils. Ist mit der Geburt eines behinderten Kindes zu rechnen, hat der Arzt auf die damit auf die Eltern zukommenden Belastungen hinzuweisen.

Alle hiernach notwendigen Informationen und Gespräche sind zu dokumentieren.

1.4 Aufklärung bei problemlosem Verlauf

Bei problemlosem Verlauf der Schwangerschaft und ohne konkreten Anlass ist der Arzt nicht verpflichtet, mit der Schwangeren rein vorsorglich über mögliche Komplikationen bei der Entbindung und dann etwa notwendige operative Eingriffe zu sprechen. Fragen der Schwangeren sind wahrheitsgemäß zu beantworten. Der Illusion einer „sanften Geburt“ ist in jedem Fall entgegenzutreten. Will sich die Schwangere zur Hausgeburt oder Entbindung in einem Geburtshaus entschließen, sollte der wiederum zu dokumentierende Hinweis nicht fehlen, dass bei jeder Niederkunft unvorhersehbare Komplikationen auftreten können, die schnelle ärztliche Hilfe und unter Umständen auch operative Eingriffe erfordern, die außerklinisch nicht verfügbar sind (www.g-ba.de).

1.5 Zeitpunkt der Beratung

Der Arzt berät die Schwangere unter Berücksichtigung der persönlichen, medizinischen und sozialen Umstände rechtzeitig, d. h. mehrere Wochen vor dem errechneten Geburtstermin, bei ihrer Entscheidung, wo die Entbindung stattfinden

soll. Bei entsprechenden Risiken muss entsprechend den Vorgaben des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) auf die zuständigen klinischen Einheiten verwiesen bzw. an sie überwiesen werden. Will die Schwangere diesem Rat nicht folgen, ist ihr das damit für sie selbst und ihr Kind eingegangene Risiko eindringlich deutlich zu machen und dieses Gespräch zu dokumentieren, am besten auch im Mutterpass.

1.6 Risikogeburt

Ist mit einer Risikogeburt zu rechnen, kommt insbesondere eine vorhersehbare Schnittentbindung in Betracht, so soll auch der Arzt, der später nicht der Geburtshelfer sein wird, beizeiten mit der Schwangeren ein Aufklärungsgespräch über mögliche operative Eingriffe, insbesondere die Vor- und Nachteile der vaginalen und der Schnittentbindung, für Mutter und Kind führen oder ein solches Gespräch mit dem Geburtshelfer vereinbaren, weil unter Umständen später unter Wehen ein solches Gespräch nicht mehr möglich sein wird. Entschließt sich die Schwangere schon jetzt zur Sectio oder bringt sie jedenfalls für den Fall einer bestimmten weiteren Entwicklung ihren Wunsch in Bezug auf den Entbindungsweg zum Ausdruck, so soll der Geburtshelfer hierüber in geeigneter Weise (z. B. durch Eintragung im Mutterpass, einem begleitenden Arztbrief oder auch fernmündlich) informiert werden (siehe hierzu auch die Stellungnahme der AG Medizinrecht zu absoluten und relativen Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der so genannten Sectio auf Wunsch).

2. Aufklärungspflichten bei der Geburtshilfe

2.1 Aufklärung durch den Geburtshelfer

Auch der Geburtshelfer, der seine Patientin nicht schon während der Schwangerschaft betreut hat, darf grundsätzlich darauf vertrauen, dass sie sich im Gespräch mit dem bisher betreuenden Arzt während der Schwangerschaft, durch Besuche von Elternabenden oder aus schriftlichem Informationsmaterial in eigener Verantwortung auf ihre Niederkunft vorbereitet und ein Basiswissen auch über denkbare Komplikationen verschafft hat. Er darf jedoch nicht ohne Weiteres davon ausgehen, dass der über- oder einweisende Arzt die Schwangere schon in allen Einzelheiten aufgeklärt und auf konkrete Komplikationen vorbereitet hat.

2.2 Kein Eingriff ohne Zustimmung

Die Geburt ist im Regelfall ein natürlicher Vorgang und kein „Eingriff“, dem die Schwangere zustimmen müsste. Der Arzt hat auf die körperliche Unversehrtheit der Gebärenden zu achten. Auch bei eindeutiger Indikation darf er gegen ihren ausdrücklichen Willen keinen operativen Eingriff durchführen; es sei denn, eine grobe Fehlentscheidung wäre die Folge und hinreichende Gründe sprächen dafür, dass die Frau nicht mehr in jeder Hinsicht entscheidungsfähig ist.

2.3 Sectio caesarea

Ist die Schnittentbindung im konkreten Fall eine medizinisch vertretbare, ernsthaft in Betracht kommende Alternative (z. B. bei Beckenendlage, bei Missverhältnis zwischen Kindesgröße und mütterlichem Becken oder bei makrosomem Kind), so hat auch derjenige Geburtshelfer, der gleichwohl zur vaginalen Entbindung neigt, der Schwangeren nach einer im Rahmen der Entbindungssituation noch möglichen Beratung die Entscheidung zu ermöglichen. Als die natürliche Sachwalterin ihres Kindes hat sie das Recht, Gefahren, die ihrem Kinde bei vaginaler Geburt drohen, abzuwenden und dafür andersartige Risiken, die sich aus einer Sectio für sie selbst ergeben, in Kauf zu nehmen. Im Aufklärungsgespräch, das die beiderseitigen Risiken realistisch darzustellen hat, darf auch der Geburtshelfer, der der vaginalen Entbindung den Vorzug gibt, die Risiken der primären Sectio nicht größer darstellen, als sie tatsächlich sind. Von einem vereinbarten Entbindungskonzept darf der Geburtshelfer, der die Vereinbarung getroffen hat, aber auch ein an seine Stelle tretender Arzt, nicht einseitig abweichen.

2.4 Einwilligungsfähigkeit

Je eindeutiger die Indikation ist und je mehr die Zeit drängt, desto kürzer darf sich der Arzt bei der Aufklärung fassen. Sobald sich die Möglichkeit abzeichnet, dass ein einwilligungsbedürftiger operativer Eingriff notwendig werden kann, soll der Geburtshelfer – gegebenenfalls schon unter Zuziehung des Anästhesisten – das Aufklärungsgespräch mit der Patientin führen und sie um ihre Entscheidung bitten. Je früher das geschieht, desto eher ist damit zu rechnen, dass die Patientin noch einwilligungsfähig ist, also dem Aufklärungsgespräch noch folgen und das Für und Wider der ihr empfohlenen Behandlung abwägen kann. Einwilligungsfähigkeit ist nicht gleichzusetzen mit Geschäftsfähigkeit. Auch eine 16-jährige Schwangere (in Einzelfällen auch früher, siehe hierzu auch Stellungnahme der AG zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger, Frauenarzt 2003, S. 1109 ff.) kann bei entsprechendem Reifegrad schon einwilligungsfähig sein.

2.5 Vorsorgevollmacht

Jede Schwangere kann beizeiten für den Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit dem Ehemann, Partner oder einer sonstigen Person ihres Vertrauens eine Vorsorgevollmacht erteilen. Die Vollmacht ist formlos möglich, sollte aber vom Arzt in den Krankenpapieren vermerkt werden (Beispiel: „Die Patientin hat ihrem anwesenden Ehemann Vorsorgevollmacht erteilt“). Tritt sodann der Zustand der Einwilligungsunfähigkeit etwa durch starke Wehen oder sedierende Medikamente ein, so ist das Aufklärungsgespräch mit dem Bevollmächtigten zu führen; er trifft anstelle der nicht mehr einwilligungsfähigen Schwangeren die nötigen Entscheidungen. Solange sie jedoch einwilligungsfähig ist, kommt es allein auf ihre Entscheidung an, die auch im Widerruf der Vorsorgevollmacht bestehen kann.

2.6 Mutmaßlicher Wille

War mit der Patientin kein Aufklärungsgespräch mehr möglich, hat sie auch keine Vollmacht erteilt und ist dem Geburtshelfer auch eine schon früher von ihr getroffene Entscheidung (vgl. 1.6) nicht bekannt, so ist ihrem mutmaßlichen Willen zu entsprechen. Ist auch dieser (z. B. durch Rückfrage bei anwesenden Angehörigen) nicht zu ermitteln, soll der Geburtshelfer so vorgehen, wie es verantwortungsbewusster, guter ärztlicher Übung unter Berücksichtigung der Interessenlage von Mutter und Kind entspricht. Dabei sollte sich jeder Geburtshelfer dessen bewusst sein, dass erfahrungsgemäß die Mehrzahl der Mütter bereit ist, Risiken für den eigenen Gesundheitszustand in Kauf zu nehmen, um das Kind vor dauerhaften und schwerwiegenden Schäden zu bewahren.

3. Aufklärungspflichten bei Sterilisationen

Bei Sterilisationen in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit einer Entbindung ist Zurückhaltung geboten. Niemals darf eine Sterilisation ohne ausdrückliche und eindeutige Zustimmung und vorangegangene eingehende Aufklärung mit ausreichender Bedenkzeit durchgeführt werden.

Obwohl die Sterilisation nur der Einwilligung des Betroffenen bedarf, empfiehlt es sich stets, falls die Patientin zustimmt, in das Aufklärungsgespräch den Ehegatten oder Partner einzubeziehen. Das gilt auch deshalb, weil sich die Frage stellen kann, ob der Eingriff statt bei der Frau beim Mann durchgeführt werden sollte

Das Aufklärungsgespräch muss der Patientin bewusst machen, dass der Eingriff in der Regel irreversibel ist. Es darf aber auch der Hinweis nicht fehlen, dass selbst bei lege artis vollzogener Unterbindung der Eileiter, bzw. Samenleiter ein späteres Zusammenwachsen (Rekanalisation) der Stümpfe möglich ist und deshalb eine prinzipiell unerwünschte spontane Refertilisierung nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

4. Modalitäten und Dokumentation der Aufklärung

Das Aufklärungsgespräch ist eine ärztliche Aufgabe, die nicht dem Pflegepersonal überlassen werden darf. Es sollte in der Regel von dem Arzt ausgeführt werden, der die Behandlung (den Eingriff) vornimmt. Jedoch ist eine Delegation grundsätzlich zulässig (Beispiel: Der Assistenzarzt klärt über die beabsichtigte Sectio auf, die der herbeigerufene Oberarzt ausführen wird. Der Geburtshelfer übernimmt auch die Narkoseaufklärung). Niemals sollte sich der Arzt darauf verlassen, dass ein über- oder einweisender Kollege schon ausreichend aufgeklärt hat.

Merkblätter, Formulare oder Broschüren können das Aufklärungsgespräch nur vorbereiten und abkürzen sowie systematisch ergänzen, nicht aber ersetzen.

Das Gespräch ist in einer für die Patientin verständlichen Sprache unter Vermeidung medizinischer Fachausdrücke zu führen. Bei Patienten, die der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind, muss notfalls eine zur Übersetzung geeignete Person zugezogen werden. Für Ärzte, zu deren Personenkreis eine größere

Zahl von Patientinnen einer bestimmten Nationalität gehört, kann es sich empfehlen, ein Merkblatt zu entwerfen und in die entsprechende Landessprache übersetzen zu lassen, um wenigstens eine Basisaufklärung zu gewährleisten, auf deren Grundlage die Patientin ihren Wunsch nach weiterführenden Auskünften zum Ausdruck bringen kann.

Das Gespräch ist so frühzeitig wie möglich zu führen, also in einem Stadium, in dem die Patientin noch nicht durch Wehen, Schmerzen oder Medikamente beeinträchtigt ist, die ihre Einwilligungsfähigkeit und Entschließungsfreiheit infrage stellen können.

Die Patientin kann auf Einzelheiten der Aufklärung über alle Risiken verzichten und die Entscheidung vertrauensvoll ihrem Arzt überlassen. Jedoch kann der Arzt von der Wirksamkeit des Verzichts nur ausgehen, wenn er davon überzeugt ist, dass die Patientin sich der Bedeutung ihres Verzichts bewusst ist, insbesondere weiß, dass der Eingriff nicht ganz ohne Risiko ist.

Für die Aufklärung ist keine Schriftform vorgeschrieben. Ebenso bedarf die Einwilligung der Patientin oder ihr Aufklärungsverzicht keiner unterschriftlichen Bestätigung. Auch die Zuziehung von Gesprächszeugen ist nicht geboten und erfahrungsgemäß für eine spätere Beweisführung wenig ergiebig.

Dokumentation

Damit der Arzt aber – auch noch nach längerer Zeit – den in aller Regel ihm obliegenden Beweis der Aufklärung, eines Aufklärungsverzichts oder einer mündlich erklärten Einwilligung führen kann, ist ihm dringend die alsbaldige „zeitnahe“ Dokumentation anzuraten. Dafür genügt nicht der Vermerk in den Krankenpapieren, dass ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat. Der Vermerk muss auch seinen wesentlichen Inhalt, die dabei gegebenen Hinweise, Ratschläge und Wiedervorstellungstermine, die zur Sprache gebrachten möglichen Geburtskomplikationen, die Dringlichkeit der Indikation für operative Eingriffe, das Für und Wider einer Vakuumentraktion, Zangengeburt und Schnittentbindung mit ihren unterschiedlichen Risiken für Mutter und Kind, die anschließende Entscheidung der Patientin oder ihres Bevollmächtigten sowie die vor einer Sterilisation erteilten Hinweise enthalten. Alle Eintragungen können sich auf Stichworte, auch in verständlichen Abkürzungen oder einer gebräuchlichen Kurzschrift, beschränken.

Der Vermerk in den Krankenpapieren ist vom Arzt zu datieren und zu unterschreiben. Bei Aufklärungen und Entscheidungen, die während des Geburtsverlaufes nötig wurden, ist die Uhrzeit anzugeben.

Die Dokumentation kann auch durch Eingabe der Daten in den Computer geschehen. Auch hier dürfen der Name des Arztes, der das Gespräch mit der Patientin geführt hat, und die Zeitangabe nicht fehlen. Nachträgliche Änderungen sind hier ebenso wie bei schriftlicher Dokumentation grundsätzlich unzulässig und können den Vorwurf der Fälschung begründen. Ist eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung im Einzelfall notwendig, ist sie als solche kenntlich zu machen.

Erstfassung

1996

Überarbeitung

2008

Überarbeitung bestätigt im Mai 2008 durch die Mitglieder der AG Medizinrecht und durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Mitglieder der AG Medizinrecht 2008

Juristische Mitglieder:

R. Baur, Hamm
RÄ C. Halstrick, München
Dr. jur. U. Hamann, Celle
Prof. Dr. jur. B.-R. Kern, Leipzig
Prof. Dr. jur. H. Lilie, Halle
OStÄ S. Nemetschek, Celle
Dr. jur. F.-J. Pelz, Münster
RA F. M. Petry, Detmold
Dr. jur. R. Ratzel, München
Prof. Dr. jur. E. Schumann, Göttingen
Prof. Dr. jur. A. Spickhoff, Regensburg
Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer,
München
RA P. Weidinger, München

Medizinische Mitglieder:

Prof. Dr.med. D. Berg, Amberg
Frau Dr. med. G. Bonatz, Bochum
Prof. Dr. med. J. W. Dudenhausen,
Berlin
Prof. Dr. med. W. Geiger, Saarbrücken
Prof. Dr. med. H. Hepp, München
Prof. Dr. med. E.-J. Hickl, Hamburg
Prof. Dr. med. E. Keller, Ingolstadt
Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Northeim
Prof. Dr. med. K. Renziehausen,
Chemnitz
Prof. Dr. med. T. Schwenger, Dortmund
Dr. med. F. Staufer, Dachau
Prof. Dr. med. A. T. Teichmann,
Aschaffenburg
Prof. Dr. med. K. Vetter, Berlin
Prof. Dr. med. H. Welsch, München
Prof. Dr. med. A. Wischnik, Augsburg

Gültigkeit bestätigt durch die AGMedRecht und die DGGG im Juni 2010.

© DGGG 2010