

## **Komplikationstypen in der Geburtshilfe – Aufklärungsmängel, Behandlungsfehler und Vermeidungsstrategien**

Referat, gehalten von Rechtsanwalt Jürgen Koriath, Vorsitzender der Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter e. v., anlässlich der Veranstaltung der AOK Niedersachsen: „Die vorbildliche Geburtsklinik heute – Im Spannungsfeld zwischen medizinischen Erfordernissen und Kundenwünschen“ am 03.12.2007

---

Im Rahmen dieser Veranstaltung wird es meine Aufgabe sein, über Komplikationstypen in der Geburtshilfe, Aufklärungsmängel, Behandlungsfehler und Vermeidungsstrategien zu reden.

I. Wo Menschen arbeiten, werden Fehler gemacht. Für diese Fehler sind Ärzte, wie auch andere Berufsgruppen haftpflichtversichert. Nichtsdestotrotz ist der Umgang mit Fehlern im Alltag äußerst schwer. Dies mag mit der ärztlichen Tradition zusammenhängen. Das offene Ansprechen von Behandlungsfehlern scheint fast unmöglich zu sein. Nicht selten steht das immer noch überhöhte Selbstverständnis vieler Ärzte einer objektiven Fehlerkultur entgegen. Die Statistiken der Gutachter- und Schlichtungsstellen zeigen, dass gerade die Geburtshilfe an 3. Stelle nach den Chirurgen und Orthopäden im Bereich der Geltendmachung ärztlicher Behandlungsfehler steht. Die Schadenssummen erreichen im Bereich des Schmerzensgeldes mittlerweile eine halbe Mio. Euro und darüber. Der materielle Schaden ist häufig noch weitaus höher. So sind nicht nur die Pflegeleistungen zu ersetzen, sondern auch einzelne Positionen, wie behindertengerechtes Bauen und entsprechende Kfz-Kosten. Später ist auch der Verdienstentgang neben der Pflegerente zu ersetzen. Im Übrigen steht es dem Geschädigten frei, auch Fremdpflege in Anspruch zu nehmen, die dann vom Schädiger brutto zu ersetzen ist. Allein diese Direktansprüche des geschädigten Kindes erreichen 2. Mio. Euro und darüber. Über diese Direktansprüche hinaus regressieren auch die Sozialversicherungs- und die Sozialleistungsträger. Die Schadenssummen erreichen hier e-

benfalls erhebliche Größenordnungen. Wenn darüber hinaus Behandlungspflege gewährt wird und rund um die Uhr 2 bis 3 Pflegekräfte im Einsatz sind, erreichen die Kosten dafür nicht selten 15.000,00 € bis 20.000,00 € pro Monat. Sie können sich also vorstellen, dass der Regress der Krankenversicherer und der Pflegekasse auf die Lebensdauer gesehen höher sein kann, als die Schadenssumme für die Befriedigung der Direktansprüche. Zu diesen Sozialversicherungsträgern tritt der Regress der Sozialleistungsträger (Sozialhilfe), wenn z. B. über Eingliederungshilfe Leistungen, beginnend bei der Frühförderung über den heilpädagogischen Kindergarten bis hin zu einer etwaigen späteren Heimunterbringung oder Eingliederung in eine Werkstatt für Behinderte erbracht werden.

Valide Zahlen über Schadensfälle in der Geburtshilfe existieren nicht. Die Gutachter- und Schlichtungsstellen versuchen bundesweit ein sogenanntes medical error Reporting System (MERS) aufzubauen, um damit zur Klärung über Häufigkeit und Folgen ärztlicher Behandlungsfehler beizutragen.

Die Techniker Krankenkasse gibt bekannt, dass über 30.000 Behandlungsfehlerverfahren in den letzten Jahren bearbeitet worden sind. Durchschnittlich seien 4.000 Behandlungsfehler-Vorwürfe in Bearbeitung und täglich kommen 25 neue hinzu. Eine Differenzierung in einzelne Fachdisziplinen ist – soweit ersichtlich – bisher nicht veröffentlicht.

1998 teilte die DAK-Pressestelle mit, dass sie bundesweit die Akten schwerstbehinderter Kinder der Jahrgänge 1983 bis 1989 geprüft hat, deren Eltern einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt hatten. Fachärzte verschiedener medizinischer Dienste filterten rund 500 Fälle heraus, bei denen die Diagnose möglicherweise auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen war. Dieser Verdacht erhärtete sich durch eine genaue Prüfung bei 62 Kindern. Dabei wurde in

über 60 % dieser Fälle der Kaiserschnitt zu spät eingeleitet. In 12 Fällen hatten die Versicherten ihre Ansprüche bereits durchsetzen können. Insgesamt wurden 2.500 Fälle der Prüfung unterzogen

Mittlerweile haben fast alle gesetzlichen großen Krankenkassen sogenannte Behandlungsfehlerreferate und die Patientensicherheit als Qualitätsziel entdeckt.

Diese Entwicklung wurde – und darauf erlauben Sie mir hinzuweisen – auch von maßgeblichen Patientenschutzvereinigungen beeinflusst. Der interessierte Leser kann sich hierzu auf meiner Webseite [www.korioth.de](http://www.korioth.de) unter der Rubrik „Patientenschutz“ informieren.

Der AOK Bundesverband hat zuletzt eine viel beachtete Tagung in Berlin veranstaltet zum Thema: „Patientenrechte – Wunsch- oder Stiefkind? Ansätze für eine verbesserte Rechtstellung von Patienten“. In seinem Referat wies Herr Metschurat, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des AOK Bundesverbandes, darauf hin, dass die Zukunft den Krankenhäusern gehöre, die durch Fehlerberichtssysteme Risikoquellen identifizieren, ihre Prozesse optimieren und dadurch das Risikopotential für die Patienten reduzieren.

Darauf wird im 3. Teil meines Referates Vermeidungsstrategien noch zurückzukommen sein.

Geburtsschäden können durch Sauerstoffmangel, der zu Hirngewebsuntergang führt oder durch traumatisierende Eingriffe entstehen. Man spricht deshalb von einem sogenannten hypoxisch/ischämischen Hirnschaden, der häufig auch mit Traumatisierungen (z. B. Plexusparesen) gekoppelt ist. Dominierend und am schwerwiegendsten sind die Hirnschäden, die zu schwersten Mehrfachbehinderungen führen. Es gibt weder Erkenntnisse darüber, wie lange ein Sauerstoffmangel beim ungeborenen Menschen anhalten muss, um mit Sicherheit einen Hirnschaden zu verursachen,

noch wie ausgeprägt dieser Sauerstoffmangel sein muss. Sicher ist aber, dass der Sauerstoffmangel so gering wie möglich gehalten werden muss, um der Möglichkeit einer Hirnschädigung zu entgehen. Die heutige Geburtshilfe hat die Mortalität der Neugeborenen bis auf ein kaum noch senkbares Maß reduziert. Maßstab der Qualität der Geburtshilfe ist deshalb die Vermeidung bzw. Reduktion von Azidosen und Hirnschäden. Ärztlicherseits geht man davon aus, dass eine gleichbleibende Rate von geburtsgeschädigten Kindern bei 2 ‰ liegt und ca. 20 bis 25 % dieser Kinder vermeidbar geschädigt werden. Bei einer Geburtenzahl von ca. 800.000 Geburten im Jahr bedeutet die Einschätzung der Ärzteschaft immerhin noch ein Potential vermeidbarer Schädigungen in Höhe von 300 bis 400 Kindern im Jahr. Schätzungen der Patientenverbände gehen jedoch weit darüber hinaus.

II. Im Folgenden werde ich einige typische Komplikationen in der Geburtshilfe vorstellen, die bei nachgewiesenen Behandlungsfehlern und/oder Aufklärungsmängeln zu hohen Schadensersatzleistungen führen.

1. Wenden wir uns zunächst allgemein der Behandlungsfehler und Ausklärungsproblematik zu, die aufgrund der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit hier nur knapp dargestellt werden soll.

Unter einem Behandlungsfehler versteht man allgemein ein ärztliches Verhalten bei der medizinischen Versorgung, das nach dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft der gebotenen Sorgfalt im Zeitpunkt der Behandlung nicht genügt und damit unsachgemäß ist (z. B. OLG Saarbrücken, NJW-RR 1999, S. 176).

Die Sorgfaltspflichten bestimmen sich nach dem jeweiligen, dem handelnden Arzt bei zumutbaren Anstrengungen zugänglichen und verfügbaren Stand der medizinischen Wissenschaft. Dabei ist entscheidend der Zeitpunkt der Behandlung. Es wird auf den medizi-

nischen Standard, nicht den weitergehenden Stand der medizinischen Wissenschaft etwa in Forschungszentren abgestellt. Der Facharztstandard ist höher als der Standard eines Allgemeinmediziners. Ein Krankenhaus muss in jeder Behandlungsphase den Standard eines erfahrenen Facharztes vorhalten.

Als Beispiel mag ein Fall dienen, dem die typische Situation einer schuldhaft verzögerten Sectio bei pathologischem CTG zugrunde lag.

Die aufgezeichnete fetale Herzfrequenzkurve verlief von Anbeginn pathologisch. Die Oszillationsamplitude war silent, nach nahezu jeder Kontraktion traten Dezelerationen des bedrohlichen späten Typs auf, der Kurvenanstieg war abgeflacht. Mehrfache Weckversuche blieben ohne Einfluss auf den Kurvenverlauf. Dieser Befund ließ eindeutig auf eine fetale Hypoxie schließen, die eine alsbaldige Beendigung der Geburt dringlich machte.

Gutachterlich wurde festgestellt, dass die Sectio vorwerfbar um etwa 1 Stunde verzögert wurde. Das OLG führt aus, dass hier die beteiligten Ärzte gegen elementare Erkenntnisse der Medizin verstoßen haben, indem sie trotz der anhand der fetalen Herzfrequenzkurve klar erkennbaren und über einen Zeitraum von etwa 45 Minuten manifest gewordenen Sauerstoffmangelsituation des Kindes zunächst noch eine Ultraschalluntersuchung durchführten, statt sofort die Entscheidung für eine Schnittentbindung zu ermöglichen. Dieses Verhalten ist bei objektiver Betrachtungsweise nicht mehr verständlich und verantwortbar, der Fehler durfte schlechterdings nicht unterlaufen (OLG Köln, VersR 1991, S. 669).

**2.** Die 2. Säule des Arzthaftungsrechts bildet die Haftung wegen Aufklärungsfehlern. Anders als bei den Behandlungsfehlern kann eine nicht aufgeklärte bzw. eingewilligte ärztliche Behandlung auch bei Durchführung lege artis zur Haftung führen, wenn dem Patien-

ten daraus ein Schaden entstanden ist. Das liegt darin begründet, dass die sogenannte Selbstbestimmungs- oder Eingriffsaufklärung ihrem Ursprung nach deliktischer Natur ist. Jeder ärztliche Eingriff wird als Körperverletzung betrachtet. Die Körperverletzung ist nur dann rechtmäßig, wenn der Patient darin einwilligt. Dies kann er nur, wenn er über Art und Umfang der Maßnahmen und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken aufgeklärt worden ist. Formulare und Aufklärungsbögen ersetzen das Aufklärungsgespräch nicht. Eine wirksame Einwilligung setzt eine so umfassende und rechtzeitige Aufklärung des Patienten voraus, dass dieser aufgrund seiner persönlichen Fähigkeiten in der Lage ist, Art, Umfang und Tragweite der Maßnahme und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken zu ermessen und sich entsprechend zu entscheiden. Zu unterrichten ist aber auch über Art und Wahrscheinlichkeit der verschiedenen Risiken im Verhältnis zu den Heilungschancen und über alternative Behandlungsmöglichkeiten.

In der Geburtshilfe ist die Aufklärung über alternative Behandlungsmöglichkeiten von besonderer Bedeutung. Grundsätzlich ist der Arzt in der Wahl der Behandlungsmethode frei. Sind aber mit mehreren Behandlungsmethoden unterschiedliche Belastungen, Risiken und Erfolgsaussichten verbunden, ist der Patient über die Behandlungsalternativen zu unterrichten.

Ist etwa die Schnittentbindung im konkreten Fall eine medizinisch vertretbare, ernsthaft in Betracht kommende Alternative (z. B. bei Beckenendlage, bei Missverhältnis zwischen Kindesgröße und mütterlichem Becken, bei makrosomem Kind oder bei Mehrlingsgeburten), so hat der Geburtshelfer der Schwangeren ein Entscheidungsrecht einzuräumen. Als die natürliche Sachwalterin ihres Kindes hat die Mutter das Recht, Gefahren, die ihrem Kinde bei vaginaler Entbindung 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.

Notwendigkeit und Zeitpunkt der Aufklärung über Entbindungsalternativen sind vom Bundesgerichtshof in einer Entscheidung aus 1993 (VersR 1993, S. 703) wie folgt formuliert worden:

*Bestehen deutliche Anzeichen dafür, dass im weiteren Verlauf eines Entbindungsvorgangs eine Situation eintreten kann, in der eine normale vaginale Entbindung kaum noch in Betracht kommt, sondern eine Schnittentbindung notwendig oder zumindest zu einer echten Alternative zu einer vaginalen Entbindung wird, dann muss der geburtsleitende Arzt die Mutter bereits zu einem Zeitpunkt über die unterschiedlichen Risiken der Entbindungsmethoden aufklären und ihre Entscheidung einholen, zu dem sie sich noch in einem Zustand befindet, in dem diese Problematik mit ihr besprochen werden kann (Zitat Ende).*

Dem Fall lag der Sachverhalt zugrunde, dass bei Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode eine Vakuumextraktion durchgeführt wurde. Dabei kam es zur Schulterdystokie und Schädigung des Kindes. Klägerseits wurde angeführt, statt der Vakuumextraktion hätte eine Schnittentbindung zur Vermeidung der Geburtsschäden durchgeführt werden müssen.

Nach Klageabweisung in den Vorinstanzen wurde der Fall durch diese BGH-Entscheidung schlussendlich dann doch noch gewonnen.

**III.** Nun zu einigen in der Praxis immer wieder kehrenden Komplikationstypen während der Geburt.

Komplikationen während der Geburt können vielfältig sein. Ich greife hier einige Komplikationstypen heraus, die immer wieder in der

anwärtlichen Praxis eine Rolle spielen: Schulterdystokie, Beckenendlagegeburt, vaginal-operative Entbindungen sowie Kaiserschnittentbindungen.

1. Die Schulterdystokie zählt zwar zu den seltenen, aber besonders gefährlichen Komplikationen unter der Geburt, die der Geburtshelfer nur mit einer abgestuften Sequenz geburtshilflicher Manöver beherrschen kann. Bei der Schulterdystokie bleibt nach der Geburt des Kopfes eine Schulter hinter der Symphyse hängen oder die Schulterdrehung im kleinen Becken nach der Geburt des Kopfes bleibt aus. Die kindlichen Schäden reichen von der Plexusparese über die Halsmarkszerrissung bis zu schwersten Gehirnschäden aufgrund von Sauerstoffmangel. Obwohl die Schulterdystokie in der geburtshilflichen Praxis selten ist – in der Literatur wird eine Inzidenz von 0,1 bis 0,6 % angegeben – spielt sie angesichts der schweren Schädigungsbilder in der juristischen Auseinandersetzung eine große Rolle. Kommt ein medizinisch anerkanntes Verfahren zur Lösung der Schulterdystokie zur Anwendung und wird dieses richtig und zeitgerecht durchgeführt, dann kann nicht von einem Behandlungsfehler ausgegangen werden, selbst wenn das Kind hierbei einen Schaden davonträgt. Der Misserfolg einer ärztlichen Behandlung bedeutet nicht automatisch, dass ein Behandlungsfehler vorliegt. Die Lösung einer Schulterdystokie verlangt indes rasches und tatkräftiges Handeln des Geburtshelfers. Hier ist der erfahrendste Geburtshelfer gefordert. Jedes forcierte und überstürzte Vorgehen ist falsch und gefährlich (z. B. OLG Stuttgart 1994, S. 1114 f.). Insbesondere ist es behandlungsfehlerhaft, wenn über die Bauchdecke unkontrolliert Druck ausgeübt wird (kristellern), so lange die Schulter nicht frei ist (OLG Stuttgart, VersR 1994, S. 1114 f.). Als behandlungsfehlerhaft wird auch das Unterlassen eines Scheiden-Damm-Schnittes bei einer schwierigen Entwicklung des Rumpfes aufgrund eines übergroßen Schultergürtels angesehen.



Gerade im Fall der Schulterdystokie spielt die Dokumentation eine erhebliche Rolle. Art und Umfang des ärztlichen Vorgehens ist häufig nicht in Einzelheiten dokumentiert, so dass im Nachhinein der Ablauf nicht sicher rekonstruiert werden kann. Es muss deshalb sowohl das Auftreten der Schulterdystokie als auch das Vorgehen zu ihrer Lösung dokumentiert werden. Kann in Folge unterbliebener Dokumentation nicht mehr festgestellt werden, wie die Schulterdystokie gelöst worden ist, so lässt dies zugunsten des klagenden Kindes die Vermutung zu, dass dabei nicht *lege artis* vorgegangen worden ist (OLG Köln, VersR 1994, S. 1424 f.; OLG Stuttgart, VersR 1999, S. 582 f.).

Ein Dokumentationsmangel liegt auch vor, wenn lediglich „sehr schwere Schulterentwicklung“ dokumentiert wird. Die Dokumentation hat zeitnah stattzufinden, d. h. spätestens im Anschluss an die Geburt. Auch die Krankenhausorganisation und die Frage, wann die Kompetenzen zur Beherrschung bestimmter Komplikationen enden, spielt im geburtshilflichen Schadensrecht eine große Rolle. Die Rechtsprechung geht davon aus, dass eine Schulterdystokie das Eingreifen mindestens eines Facharztes erforderlich macht. Es wird deshalb empfohlen, dass jede geburtshilfliche Klinik über eine schriftliche Dienstanweisung verfügt, die auch an einem Phantom in regelmäßigen Abständen durchgespielt werden kann. Im Übrigen muss sich die Hebamme genauso wie der Facharzt genügend Kompetenzen zur Beherrschung einer Schulterdystokie aneignen. Gerade weil in manchen Krankenhäusern organisatorische Schwächen bestehen (insbesondere bei kleineren Belegabteilungen), ist die Hebamme gut beraten, sich Kompetenzen für den Fall der Nichterreichbarkeit eines Arztes anzueignen, um die Sequenz abgestuften Handelns zu beherrschen.

Bei stark makrosomen Kindern oder Müttern mit Schwangerschaftsdiabetes steigt das Risiko einer Schulterdystokie drastisch an. Der Umstand, dass ein großes Kind zu erwarten ist, stellt zwar

für sich genommen noch keine absolute Indikation zum Kaiserschnitt dar, sie erfordert aber die Übertragung der Leitung der Geburt auf den erfahrendsten Oberarzt (so OLG Hamm, VersR 1991, S. 228).

An diesem Punkt kommen wir wieder zur Frage, ob über die alternativ mögliche Sectio aufzuklären ist. Wann müssen die Eltern entscheiden, ob sie auf natürlichem Wege oder per Kaiserschnitt ihr Kind bekommen wollen?

Wenn aufgrund der Anamnese bekannt ist, dass z. B. ein Gestationsdiabetes (mit der Folge häufig großer Kinder) vorliegt oder aber ultraschallmäßig festgestellt wurde, dass ein großes Kind zu erwarten ist, dann ist mit der Möglichkeit einer Schulterdystokie zu rechnen und die Möglichkeit einer alternativen Sectio (mit der Vermeidung der Geburtskomplikation) mit den Eltern zu besprechen. Es gibt eine Reihe von Rechtsprechung, die die verschiedenen Alternativen bzw. Sachverhaltsvarianten behandelt. Dabei kristallisiert sich heraus, dass bei Kindern über 4.500 Gramm Schätzwicht oder bereits einer Schulterdystokie in der Anamnese oder bei diabetischen Müttern immer seitens der Geburtsklinik auf die Möglichkeit einer Sectio hingewiesen werden muss. In diesen Fällen dürfen Arzt oder Hebamme die Geburt nicht vaginal weiterführen, ohne dass die Mutter zustimmt.

## **2. Nun zur Beckenendlagegeburt:**

Im Gegensatz zur sogenannten Kopflage, bei der das kindliche Köpfchen bei der Geburt als erstes austritt, liegt bei der Beckenendlage der Steiß vorne, was zur Folge hat, dass bei vaginaler Entbindung zuerst der Körper geboren wird und zuletzt das Köpfchen. Die Beckenendlage wird deshalb auch als Steißlage bezeichnet.

Die Beckenendlage ist durch sorgfältige vaginale und Ultraschalluntersuchungen bereits bei der Aufnahmeuntersuchung zu diagnostizieren. In der Regel ist sie bereits durch die Schwangerschaftsvorsorge bekannt. Jede vaginale Beckenendlagegeburt stellt eine Risikogeburt dar. Auch unter optimalen klinischen Bedingungen können Probleme auftreten, die eine erhöhte Verletzungsgefahr sowohl des Kindes als auch der Mutter zur Folge haben. Bedingt sind diese durch den Geburtsmechanismus bei Beckenendlage. Mit der Geburt des Körpers wird die Sauerstoffversorgung des Kindes unterbrochen, da die Nabelschnur zwischen dem Hals des Kindes und dem Muttermund komprimiert wird. Es kommt zwangsläufig zu einer Minderversorgung. Deshalb muss das Kind in kurzer Zeit vollständig geboren werden. Gelingt die rasche und planmäßige Entwicklung des Kindes nicht, können daraus schwerste Hirnschäden aufgrund von Sauerstoffmangelversorgung oder traumatische Schäden, wie z. B. eine Halsmarkszerreißung resultieren. Um diese Risiken von vornherein auszuschließen, favorisieren viele Geburtshelfer den sogenannten primären Kaiserschnitt. Zur Zeit raten immer mehr Geburtskliniken offensiv zu einer vaginalen Entbindung, freilich unter optimierten geburtshilflichen und pädiatrischen Bedingungen. In solchen Fällen spielt die Aufklärung der Gebärenden über die Risiken der Beckenendlage eine gewichtige Rolle. Nicht selten finden wir in unserer Praxis Aussagen, wie: „Sie brauchen keine Angst haben, wir sind erfahren und wenn es nötig ist können wir jederzeit auf einen Kaiserschnitt umschalten“.

Diese „Beratung“ ist genauso gefährlich wie falsch, denn wenn der Steiß geboren ist und sich in diesem Moment die typischen Gefahren anbahnen, ist es für einen Kaiserschnitt zu spät.

Hier kollidiert der Wunsch des Geburtshelfers, auch Gefahrensituationen oder komplikationsträchtige Geburten zu lernen mit dem Selbstbestimmungsrecht der Gebärenden. Letztere hat das Wohl ihres Kindes im Blick. Der Geburtshelfer verliert an „Übungsmateri-

al“. Auf jeden Fall haben aber die Individualinteressen der Gebärenden Vorrang vor den Ausbildungsinteressen der Geburtshelfer.

Wenn die Vorbedingungen für eine vaginale Beckenendlagengeburt erfüllt sind, heißt das noch nicht, dass der Geburtshelfer sich eigenmächtig dazu entscheiden darf. Er darf sie nur durchführen, wenn die Mutter in Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungsrechtes auch als Sachwalterin des Kindeswohls ihre Zustimmung dazu gibt. Ansonsten hat sie jederzeit die Möglichkeit bei einer Beckenendlage eine Sectio zu wünschen.

In unserer Praxis sind bei vaginaler Beckenendlagenentbindung und Schädigung des Kindes nahezu alle Fälle über die Aufklärungsrüge gewonnen worden. Bei jeder Beckenendlagengeburt liegt zumindest eine relative Indikation für eine Sectio vor.

### **3. Wenden wir uns nun den vaginal-operativen Entbindungen zu.**

Eine vaginal-operative Entbindung wird mittels Saugglocke oder geburtshilfflicher Zange bewerkstelligt. Als Operation bedarf sie einer harten Indikation, da sie wie jeder operativer Eingriff mit Risiken belastet ist. Besonders gefürchtet ist die Traumatisierung des Feten durch Zug- oder Scherkräfte, die von Zange oder Saugglocke auf das Köpfchen ausgeübt werden. Hier drohen im ungünstigsten Fall Hirnblutung, Schädelbrüche oder auch Sauerstoffmangel und damit letztlich eine lebenslange Behinderung.

Auch hier stellt sich im Haftungsfall die Frage, ob statt der vaginal-operativen Entbindung eine abdominale Schnittentbindung von Vorteil gewesen wäre.

Für eine operative Entbindung sind folgende Vorbedingungen erforderlich:

- vollständiger Muttermund
- exakte Höhenstandsbestimmung
- Beachtung der Kontraindikationen – Aufklärung der Mutter – Erkennung und operative Korrektur der noch ausstehenden geburtsmechanischen Adaption – positiver Probezug

Als Kontraindikation für die vaginal-operative Entbindung sind folgende Fälle angegeben:

- Höhenstand der Leitstelle über Null
- Verdacht auf relatives Missverhältnis (Makrosomie des Kindes)
- Deflektionshaltungen
- Leitstelle über +2)

Bei fetaler Hypoxie als Indikation zur vaginal-operativen Entbindung aus Beckenmitte ist wegen der eingeschränkten Belastbarkeit des Kindes restriktiv die Indikation zu stellen und im Zweifelsfall der Sectio der Vorzug zu geben. Die vaginal-operative Entbindung darf nicht erzwungen werden. Daher müssen die generellen organisatorischen Voraussetzungen für die sofortige Durchführung einer Notsectio erfüllt sein. Auch im Zusammenhang mit operativ-vaginalen Entbindungen ist die mütterliche Aufklärung von besonderer Bedeutung. Sobald sich unter der Geburt die Möglichkeit abzeichnet, dass ein operativer Eingriff notwendig werden kann, soll der Geburtshelfer das Aufklärungsgespräch mit der Patientin führen und sie um ihre Entscheidung bitten. Je früher dies geschieht, desto eher ist damit zu rechnen, dass die Patientin noch einwilligungsfähig ist und das Für und Wider der empfohlenen Behandlung abwägen kann.

4. Zuletzt wende ich mich der abdominalen Schnittentbindung zu, die als sogenannte Notsectio bei im CTG erkennbar sich anbahnender Pathologie in Betracht kommt.

Ist eine schnelle vaginal-operative Entbindung von mindestens Beckenmitte nicht möglich oder bestehen sonstige Gründe, die eine vaginal-operative Entbindung ausschließen, dann ist nur noch die sogenannte Notsectio die ultima ratio der Schwangerschaftsbeendigung.

So zählen dann zu den häufigsten Indikationen für die Schnittentbindung der Zustand nach Sectio, der protrahierte Geburtsverlauf, die Beckenendlage und die intrauterine Hypoxie. Während die primäre Sectio in der Regel geplant werden kann, handelt es sich bei der sekundären Sectio häufig um eine Notsectio, meistens aus kindlicher Indikation wegen Verdacht auf intrauteriner Hypoxie. Da während der Geburt die Sauerstoffmangelversorgung schnellstmöglich bekämpft werden muss, um Hirnschädigungen zu vermeiden, liegt in einer Verzögerung der Schnittentbindung im Regelfall ein grober Behandlungsfehler vor (OLG Schleswig, VersR 1994, S. 310). Allgemein lässt sich sagen, je länger und schwerer ein Sauerstoffmangel besteht, desto wahrscheinlicher ist ein schwerer Gehirnschaden (OLG Köln, VersR 1991, S. 66 9 – grober Behandlungsfehler, wenn länger als eine halbe Stunde mit der Sectio gewartet wird.

Zeichnet sich ab, dass eine Schnittentbindung notwendig wird (z. B. mangelnder Geburtsfortschritt bei zunehmend pathologischem CTG), muss für die rechtzeitige Herstellung der Sectiobereitschaft Sorge getragen werden – OLG München, VersR 1996, S. 63).

Der Vorwurf, den notwendigen Kaiserschnitt zu spät durchgeführt zu haben, nimmt in der geburtshilflichen Schadensbearbeitung einen breiten Raum ein. Die Gründe für eine verzögerte Sectio können vielfältig sein. Gerade in kleineren Abteilungen (Beleghäusern) wird der auswärts weilende Belegarzt häufig zu spät von der Hebamme benachrichtigt. Diese toleriert zu lange ein pathologisches

CTG oder erkennt es nicht als solches. Auch in größeren Häusern ist nicht selten die Situation vorzufinden, dass eine Hebamme zusammen mit einem noch unerfahrenen Assistenzarzt die Geburt leitet und der erfahrene Oberarzt zu spät zugezogen wird. Aus der Sicht des Anwaltes, der nicht hinter die Türen guckt, sondern sich allein auf die Krankenblattaufzeichnungen stützen muss, ist es unmöglich, die tatsächlichen Gründe für eine verzögerte Sectio zu erfassen. Rein objektiv wird das CTG bewertet und auf der Schiene der Behandlungschronologie festgestellt, dass ab einem bestimmten Zeitpunkt mit Beginn oder Vertiefung einer erkennbaren Pathologie Handlungsbedarf bestand. Wird nicht rechtzeitig die Schwangerschaft beendet, liegt ein Behandlungsfehler vor. Wie nun konkret die Abläufe in der bestimmten Klinik sind, erschließt sich aus den Krankenblättern nicht. Liegen organisatorische Versäumnisse vor? An welcher Stelle der Kommunikationskette hat es gehapert? Waren die Beteiligten übermüdet?

Wie bereits ausgeführt, muss an 365 Tagen im Jahr zu jeder Tag und Nachtzeit der Facharztstandard und die Operationsmöglichkeit vorgehalten werden. Dies ist nicht durchgängig der Fall. Gerade zu ungünstigen Zeiten (nachts, Sonn- und Feiertage etc.) ist häufig das geburtshilfliche Team ausgedünnt. Diese und andere Ursachen und Fehlerquellen gilt es transparent zu machen.

#### **IV. Wenden wir uns nun möglichen Vermeidungsstrategien zu.**

Ich habe vorhin schon kurz angeführt, dass die Ursachen für ärztliches Versagen nach außen hin im Dunkeln bleiben.

In den von mir durchgesehenen Bewerbungen finden sich teils ausführliche Hinweise auf ein Qualitätsmanagement, in der Regel Zertifizierung gemäß der Forderung des § 137 SGB V. In einer Klinik wurden auch eigene Kreißsaalstatistiken geführt. Abgesehen von dieser medizinischen Qualitätssicherung finden sich aber an keiner

Stelle ein Hinweis auf die Durchführung juristischer Qualitätssicherung in Form des sogenannten Risk-Management. Ich meine, dass gerade ein solches Risk-Management integraler Bestandteil jeder Qualitätssicherung sein muss. Wie bereits die oben angeführten Komplikationstypen bei geburtshilflichen Schadensfällen zeigen, steht zu vermuten, dass Anstrengungen zur Vermeidung von Haftungsrisiken für das Krankenhauspersonal entweder nicht unternommen oder aber nicht als kommunikationswürdig eingeschätzt werden. Die KTQ-Konzepte weisen rechtliche Vorgaben bei der Krankenhausbehandlung nicht aus. Es geht um rein medizinische Qualitätskontrollen. Risk-Management sollte als juristische Qualitätssicherung integraler Bestandteil der medizinischen Qualitätssicherung sein.

Risk-Management zielt auf Schadensprävention und auf die Vermeidung personeller und organisatorischer Mängel ab. Insbesondere im Bereich der Schnittstellen zwischen Arzt und Hebamme und zwischen Geburt und Nachsorge tun sich eine Reihe von Fehlerquellen auf, die im Bereich der Arbeitsteilung, der Aufklärung und Dokumentation zu Haftungsquellen im Schadensfall führen können. Das Risk-Management verfolgt das Ziel, Schadensprophylaxe zu betreiben. Wie oben angesprochen passieren immer da, wo Menschen arbeiten, auch Fehler. Diese werden nie vollständig ausgemerzt werden können, jedoch besteht guter Grund zur Annahme, dass mit einem intensiven Risk-Management eben solche Fehler drastisch minimiert werden können. Geburtshilfe ist Teamarbeit. Die fachlich-zwischenmenschlichen Defizite innerhalb eines Teams müssen analysiert werden. Die Luftfahrt hat das vorgemacht. Hier werden sogenannte critical incident reporting systems (CIRS) eingeführt.

An dieser Stelle kann ganz knapp auf Art, Inhalt und Umfang eines solchen Fehlermanagements eingegangen werden. Mittlerweile werden bundesweit Seminare angeboten mit dem Ziel, die Patien-



tensicherheit zu erhöhen. Soweit ersichtlich wurde zuletzt am 19. und 20. Oktober 2007 ein Intensiv-Fortbildungskurs hinsichtlich des Risk-Managements – Fehlervermeidung im Kreißaal in der Klinik von Herrn Prof. Dr. Feige in Erlangen durchgeführt.

Jedes Krankenhaus und jeder Arzt ist gut beraten, der Haftungssituation seine besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Wie bereits oben ausgeführt, stehen ganz erhebliche Schadenssummen zur Diskussion. Darüber hinaus kann auch strafrechtlich erhebliche Unbill drohen und bei häufig medialer Aufbereitung eines geburtshilfflichen Schadensfalles kann auch der Ruf einer Klinik Schaden nehmen. Nicht zuletzt ist bei sehr groben Fehlern auch arbeitsrechtlich ein Regress gegenüber dem handelnden Arzt oder Hebamme möglich. Zivil- und Strafverfahren gegen Ärzte haben in den letzten beiden Jahrzehnten erheblich zugenommen. Hinzu kommt, dass die Regressansprüche der Krankenkassen und Pflegekassen und entsprechende Beratung der Patienten weiter zunehmen werden.

Das Risk-Management schafft hier ein neues präventives Konzept, bei dem aus Fehlern und Beinaheschäden gelernt werden soll. Behandlungsfehler, Aufklärungsfehler, Organisationsfehler und Dokumentationsfehler gilt es zu eliminieren. Im organisatorischen Bereich muss dafür gesorgt werden, dass gerade im Bereich der Geburtshilfe zwischen Geburtshelfer und Hebamme Kompetenzab-sprachen getroffen werden, die Verfügbarkeit des Hintergrunddienstes im Krankenhaus muss binnen 10 Minuten gewährleistet sein. Eine ständige Anwesenheit eines geburtshilfflich erfahrenen Arztes muss gewährleistet sein, ebenso die ständige Anwesenheit einer erfahrenen Hebamme. Eine Notsectio muss innerhalb von 20 Minuten vom Entschluss bis zur Entbindung durchführbar sein. Insbesondere muss auch bezüglich der Nachsorge ein Pädiater und Neonatologe bei geburtshilfflichen Komplikationen sofort erreichbar sein. Die Organisation der Aufklärung durch Dienstanweisungen

und Sammlung einschlägiger Entscheidungen sollte ebenso selbstverständlich sein wie die Regelung von Dokumentationspflichten. Dienstanweisungen, Führung der Krankenunterlagen, rechtzeitige Abfassung von Arztbriefen etc. sollten standardmäßig vorhanden sein. Dies soll nur ein kleiner Ausschnitt der Möglichkeiten markieren, die aufgrund eines wirkungsvollen Risk-Managements die Patientensicherheit erhöhen können. Es liegt nicht nur im vitalen Interesse des Patienten, der ein Recht auf bestmögliche Behandlung hat, sondern auch im wirtschaftlichen und medizinischen Interesse der Klinik, wenn erkennbare personelle oder organisatorische Mängel eliminiert werden. Ein Spannungsfeld zwischen medizinischen Erfordernissen und diesbezüglichen Kundenwünschen wird dadurch nicht erzeugt, da das Krankenhaus es als seine wichtigste Angelegenheit begreifen sollte, dass bei dem Risk-Management es um den Schutz und die Sicherheit des Patienten geht und damit eine Aufgabe ist, die nach der Rechtsprechung stets Vorrang vor allen anderen Aspekten hat.

Erfahrungen mit einem kontrollierten juristischen Risk-Management in den USA zeigen eindeutig, welchen hohen Nutzen das Krankenhaus, die Ärzte und die Patienten davon haben. Der Erfolg des Risk-Managements war in den USA so durchschlagend, dass mittlerweile keine Versicherungsgesellschaft mehr Berufshaftpflichtversicherungen abschließt, wenn nicht ausführlich Risk-Management betrieben wird.

Geht man davon aus, dass mit einer gewissen Verzögerung die Entwicklung in den Staaten auch auf Europa und Deutschland durchschlägt, bin ich sicher, dass in spätestens einigen Jahren es zum gesundheitspolitischen Standard in Krankenhäusern gehört, dass Risk-Management als integralen Bestandteil der Qualitätssicherung zu begreifen und zum Wohle der Patienten anzuwenden.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.