

# Die Wahl des richtigen Entbindungsortes ist bereits im Vorfeld entscheidend

*Petra Marschewski und Roland Uphoff*

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

In den vergangenen Ausgaben der Kinderkrankenschwester wurden in loser Folge Urteile zur Haftung eines Krankenhaus-

trägers nach fehlerhafter postnataler Versorgung Neugeborener vorgestellt, die auch Gegenstand weiterer Gerichtsurteile war.

Mit Urteil vom 11.10.2001 hat das OLG München (I U 5651/00) bestätigt, dass es kein Betreuungsversäumnis darstellt, wenn ein neugeborenes Kind trotz festgestellter Neigung zum Spucken nach dem äußeren Anschein völlig gesund ist und somit nicht einer gerätetechnischen Dauerüberwachung unterzogen wird. Ebenso wenig ist es beanstandet worden, dass die Kinderkrankenschwester das Säuglingszimmer zur Betreuung von Müttern und Kindern für die Dauer von 15 Minuten verlässt.

Das OLG Koblenz hat sich mit Urteil vom 05.07.2004 (12 U 572/97) mit einer Zwillingsgeburt beschäftigt, bei der es bei einem Zwilling zu einer intrauterinen Hypotrophie gekommen ist. Regelmäßige Blutzuckerkontrollen des Neugeborenen gehören zum ärztlichen Standard und sind erforderlich, um eine Hypoglykämie rechtzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln.

Das OLG hat klargestellt, dass Neugeborene dieser Gefährdungsstufe daher grundsätzlich umgehend nach der Geburt zur weiteren und fachgerechten neonatologischen Betreuung in eine pädiatrische Abteilung verlegt werden müssen. Hält eine Entbindungsstation die notwendige Weiterversorgung nicht bereit und wird auch die in die Kinderklinik gebotene Verlegung nicht veranlasst, liegt ein schweres Organisationsversäumnis vor.

In einem Urteil vom 25.03.2011 (5 U 1786/10) hat das OLG Nürnberg zur Frage der Personalausstattung eines Krankenhauses wie folgt Stellung bezogen: Ein Krankenhaus mit Wöchnerinnenstation muss die Grundvoraussetzungen zur Überwachung Neugeborener bieten. Selbst in einem Krankenhaus niedrigster Versorgungsstufe ist daher die Anwesenheit einer Kinderkrankenschwester erforderlich, die vorhandene Geräte wie z. B. Oxymeter und Wärmebett sowie die Sauerstoffversorgung bedienen können muss auch wenn deren Einsatz selten erforderlich ist. Keinesfalls ist es ausreichend, wenn nur eine Krankenschwester die gesamte Station einschließlich des Kinderzimmers überwacht. Die für das Säuglingszimmer zuständige Schwester



muss also wissen wie ein Oxymeter zu bedienen ist und welche Grenzen einzuhalten sind. Auch hat sie die Werte zu dokumentieren. Erfolgt keine regelmäßige Dokumentation ist davon auszugehen, dass die notwendigen Überwachungsmaßnahmen nicht durchgeführt wurden.

Sicherlich ist bei der jeweiligen haftungsrechtlichen Beurteilung dieser Fälle zwischen den Versorgungsstufen der einzelnen Krankenhäuser zu unterscheiden. Dementsprechend sind durch die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Leitlinien mit diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erstellt worden, die für eine fachmedizinische Behandlung heranzuziehen sind und berücksichtigt werden sollten.

Die AWMF-Leitlinie Nr. 087-001 (Stand 05/2015) gibt Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalen Versorgung in Deutschland, um die Sicherheit von Mutter und Kind zu optimieren.

Neben der Erfassung der Krankenhäuser in ein Stufensystem der perinatalen Versorgung wird unter Berücksichtigung der in Deutschland üblichen Aufgabenverteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten eine Klassifikation der Pflegeintensität von Früh- und Neugeborenen empfohlen.

In der derzeit zur Überprüfung stehenden AWMF-Leitlinie Nr. 024/001 werden die Indikationen zur Einweisung von Risikoschwangeren in Krankenhäusern der adäquaten Versorgungsstufe aufgelistet, da bereits die präventive Verlegung einen postnatalen Neugeborenen transport mit den damit verbundenen Risiken vermeiden hilft.

Die Indikationen zur Verlegung von Früh- und Reifgeborenen in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe sind in der AWMF-Leitlinie Nr. 024/002 (Stand 04/2013) publiziert.

So sind Kinder vor der 36. + 0 SSW aus einer Geburtsklinik oder Kinderklinik, die nicht die Merkmale eines perinatalen

Schwerpunkts erfüllt, in eine Klinik höherer Versorgungsstufe zu verlegen. Ebenso Kinder, bei denen eine postnatale Therapie absehbar ist.

Eine absolute Verlegungsindikation in ein Perinatalzentrum Level 2 besteht bei einem Gestationsalter < 32. + 0 SSW bzw. Zwillingsgeburt < 33. + 0 SSW oder einem Geburtsgewicht < 1.500 g und zwar unabhängig von der Schwangerschaftswoche.

Die Betreuung Hochrisikoschwangerer sowie Reif- und Frühgeborener mit hohen Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken, beispielsweise Unreife < 29. + 0 SSW, Geburtsgewicht < 1.250 g, schweres respiratorisches Versagen, Notwendigkeit neonatalchirurgischer Eingriffe etc. muss zwingend in einem geburtshilflich-neonatologischen Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe erfolgen, in dem selbstverständlich höhere Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter gestellt werden. Nur so kann eine risikoreiche postnatale Verlegung vermieden werden.

In Deutschland werden jährlich ca. 9.000 Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 g geboren, die auf eine intensive medizinische und qualitativ hochwertige Versorgung in spezialisierten Krankenhäusern angewiesen sind.

Die Seite [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org) bietet seit 2014 werdenden Eltern und einweisenden Ärzten Informationen zur Behandlungsqualität von Krankenhäusern, die für die Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht zugelassen sind.

Seit dem 01.12.2015 sind alle Perinatalzentren verpflichtet, hier ihre Ergebnisdaten zu veröffentlichen.


Da sich Frühgeburten häufig ankündigen, bietet diese Seite Eltern und Ärzten eine gute Entscheidungshilfe, die richtige Entbindungsklinik zu wählen. Über eine Umkreissuche können die angezeigten Krankenhäuser angeschaut und beurteilt werden. Denn über diese Seite kann nicht nur die Fallzahl pro Klinik, sondern auch das Überleben der Frühgeborenen insgesamt sowie deren Überleben ohne schwe-



Foto: © 44820980 ©sudoku1

re Erkrankungen nach Name, Region und Entfernung vom jeweiligen Wohnort abgefragt werden.

Durch eine vorausschauende Planung kann somit der intrauterinen fetalen Verlegung der Vorzug vor einer risikoreichen postnatalen Verlegung von Neugeborenen gegeben werden. Auch eine Vermeidung der Trennung von Mutter und Kind sowie wohnortnahe Behandlung in Zukunft wird hierdurch unterstützt.

Die jetzige Verpflichtung der Kliniken zur Offenlegung ihrer Daten gerade in diesem hohen Gefährdungsbereich ist sicherlich eine gute und notwendige Entscheidung. Sie ist zudem ein sinnvolles Instrument, das unbedingt von allen Betroffenen benutzt werden sollte. 

---

## AUTOREN

---

**Petra Marschewski**  
Fachanwältin für  
Medizinrecht



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

---

