

Der aktuelle Fall: Überwachung und Kontrolle eines Frühgeborenen in der Neonatalphase

Die kontinuierliche Überwachung, insbesondere die Blutdruckkontrolle, ist bei Frühgeburten elementar wichtig und unbedingt sicherzustellen.

Roland Uphoff

Der Focus Spezial – Ihr Recht 2017 hat Dr. Roland Uphoff zum Top-Anwalt 2017 im Medizinrecht ausgezeichnet.

Wie bereits mehrfach in der Zeitschrift *kinderkrankenschwester* beschrieben, gehören die neonatologischen und pflegerischen Kontrollmaßnahmen in der postnatalen Phase zu den elementaren Standards in der Betreuung von kranken Kindern oder Frühgeburten. In einem aktuell noch laufenden Rechtsstreit vor dem OLG Düsseldorf wird darüber gestritten und diskutiert, in welchem Umfang ein krankes Frühgeborenes trotz vermeintlich stabilem klinischen Zustand weiter überwacht und kontrolliert werden muss.

Der Sachverhalt

Bei einem errechneten Termin zum 09.02.2005 entwickelte sich bei der Mutter eine unhemmbare Wehentätigkeit, sodass das Kind in der 27 + 6 SSW geboren wurde. Die Entbindung erfolgte aus grünem Fruchtwasser bei einem Nabelschnurarterien-pH von 7,41 und einem Apgar-Wert von 7/8/8. Das Neugeborene wurde als schlapp und zyanotisch beschrieben und erholte sich zunächst unter Maskenbeatmung. Bei fortgesetzt angestrenzter Atmung und Sauerstoffbedarf wurde zunächst ein Nasen-CPAP angelegt. Bei zunehmendem Erschöpfungszustand und steigendem Sauerstoffbedarf erfolgte eine nasotracheale Intubation und die Verlegung auf die Intensivstation der Kinderklinik.

Laut Eintrag in der „Tageskurve“ wurden dem Kind bei der Erstversorgung 0,5 mg Morphin i.v. verabreicht.

Über die Menge der Morphin-Gabe wird im laufenden Rechtsverfahren weiter gestritten, d.h. vonseiten der behandelnden Klinik wird bestritten, dass es sich um eine Überdosierung gehandelt habe, da ein Ein-

trag „irrtümlich“ erfolgt sei und es sich vielmehr um lediglich 0,5 „ml“ gehandelt habe.

Eine nichtinvasive Blutdruckmessung während der etwa einstündigen Erstversorgung wurde nicht durchgeführt, zumindest sind keine Messergebnisse im Erstversorgungsprotokoll zu finden.

Im laufenden Rechtsstreit wird nicht darüber gestritten, dass tatsächlich Morphin gegeben wurde. Unstreitig hat der Einsatz von Morphin eine analgetische und sedierende Wirkung und wird zur Analgosedierung eingesetzt. Dabei ist als typische Nebenwirkung der Blutdruckabfall beschrieben und publiziert (vgl. Obladen 1995).

In der gerichtlichen Auseinandersetzung ist immer wieder darauf hingewiesen worden, dass die fehlende oder zumindest nicht dokumentierte Blutdruckmessung im Kreißsaal bereits als Behandlungsfehler zu werten ist, da das Kind mit < 1.500g frühgeboren war, intubiert und beatmet wurde, dazu Morphin erhielt, Surfactant appliziert wurde und ferner eine Infektanamnese beschrieben war.

Nach der Geburt am 16.11.2004 um 13.57 Uhr wird um 15.54 Uhr erstmals eine

nichtinvasive Blutdruckmessung mit einem deutlich erniedrigten Ergebnis eines arteriellen Mitteldrucks von 14 oder 16 mmHg dokumentiert.

Eine kurzfristige Kontrolle wird nicht durchgeführt, sondern die nächste RR-Messung erfolgt nach einer Stunde mit dem Ergebnis von erniedrigten Werten von 20, 22 und 24 mmHg.

In der Tat ist im Pflegeprotokoll und den Krankenblattaufzeichnungen daneben auch ein „rosiges Hautkolorit mit Bewegungen und Augenöffnen“ notiert.

Trotz des pathologischen Ergebnisses des Aufnahmeblutdrucks im Alter von zwei Stunden werden weitere therapeutische und diagnostische Maßnahmen wie Volumengabe oder RR-Kontrollen nicht durchgeführt.

Unter Hinweis auf die neonatologische Literatur und verschiedene Sachverständigengutachten wird von meiner Seite kritisiert, dass bei diesem frühgeborenen Kind mit 1. möglichem Infekt, 2. hochdosierter Morphin-Medikation, 3. Intubation, 4. Surfactant-Gabe und 5. invasiver Beatmung zusätzlich zur klinischen Beurteilung objektive Messverfahren herangezogen werden müssen, um die Kreislaufinstabilität abzusichern und therapeutisch anzugehen.

Es wären mithin einfache, nichtinvasive Blutdruckmessungen ausreichend gewesen, um zu entscheiden, ob und wann das Legen eines arteriellen Zugangs zur invasiven Messung indiziert ist. Das Fehlen einer kurzfristigen Kontrolle des pathologischen Aufnahmeblutdrucks ist als behandlungsfehlerhaft zu bewerten.

Auch wenn in der ärztlichen Dokumentation die Kreislaufsituation um 15.43 Uhr vom Arzt mit „rosig, peripher warm“ beschrieben wird, unterbleiben bis zum Folgetag, d.h. 17.11. gegen 10.38 Uhr, weitere ärztliche Befundungen zur Kreislaufsituation bzw. zum Allgemeinzustand des Neugeborenen und zur Therapie.

Für den 16.11. wird um 19.00 Uhr in der pflegerischen Dokumentation eingetragen: „Kind ist rosig und kreislaufmäßig stabil“. Vom Nachtdienst wird ohne Uhrzeit eingetragen „RR unter Katecholaminen stabil, kein Urin ... Haut marmoriert“.

Aus neonatologischer und medizinrechtlicher Sicht besteht kein Streit darüber, dass eine sorgfältige Blutdruckkontrolle seit langer Zeit bei jedem Frühgeborenen zum Standard gehört. Insbesondere für sehr kleine, kranke und kontrolliert beatmete Frühgeborene ist dieser medizinische Standard unbedingt einzuhalten.

In der gutachterlichen Diskussion wird über die vorgenannten Eintragungen „rosig“ oder „warm“ gestritten. Die neonatologische Literatur weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass ein rosiges Kolorit und eine warme Haut trotz erniedrigtem Blutdruck vorliegen kann und es zu einer Fehlinterpretation infolge von hohem Hämoglobinwert, erhöhter Körpertemperatur und hoher Oxygenierung kommen kann.

„Rosiges“ Hautkolorit als subjektives Kriterium oder normale Laktat-Werte wei-

sen nicht auf eine ausreichende Kreislaufsituation hin.

Im streitgegenständlichen Sachverhalt wurde erst nach 8,5 Lebensstunden mit der Volumentherapie begonnen. Die vorliegende arterielle Hypotonie wurde also in nicht nachvollziehbarer Weise in den ersten 8,5 Lebensstunden toleriert und erst ab diesem Zeitpunkt behandelt.

Aus gutachterlicher und medizinrechtlicher Sicht ist es unverständlich, weshalb das im Kreissaal intubierte und beatmete Kind nach der Analgesierung mit einer hohen Morphindosis nicht engmaschig kontrolliert worden ist.


Eine engmaschige Blutdrucküberwachung ist bei einem derartigen Frühgeborenen absolut notwendig (Obladen 1995, Checkliste Neonatologie 2003). Der Verzicht auf eine kontinuierliche, zunächst nichtinvasive Blutdruckmessung bei einem solchen Kind wird von mehreren Gutachtern in dem laufenden Rechtsstreit als gänzlich unverständlich, d.h. grob fehlerhaft bezeichnet. Dies auch dann, wenn der klinische Befund ansonsten subjektiv als gut erscheint.

Dabei ist in den verschiedenen, inzwischen neun Gutachten auch darauf hingewiesen worden, dass eine kontinuierliche Blutdruckmessung nicht bedeutet, sofort einen arteriellen Zugang zu legen, sondern mittels engmaschig und kurzfristig intermittierend gemessenem Blutdruckverlauf zu erkennen, welche Überwachung und weitere Therapie notwendig sind.

Sehr kleine Frühgeborene haben ein hohes Hirnblutungsrisiko infolge ihrer Unreife. Dieses Risiko wird durch Asphyxie mit Reanimation, rascher Volumenexpansion, Beatmungskomplikationen oder erniedrigtem zerebralen Blutfluss aufgrund einer arteriellen Hypotension erhöht. Bei diesen hirnblutungs-

begünstigenden Triggern ist eine kontinuierliche Blutdruckmessung elementar wichtig und medizinisch zwingend notwendig.

Als Leitsatz kann aus medizinrechtlicher Sicht formuliert werden:

Ab Geburt muss bei möglicher Neugeboreneninfektion, (hoher) Morphin-Verabreichung und Atemnotsyndrom eine instabile Kreislaufsituation routinemäßig ausgeschlossen werden. Die klinische Beschreibung eines stabilen Zustandes ist nicht ausreichend. Auffällige Blutdruckwerte sind engmaschig zu kontrollieren und das Ausmaß einer arteriellen Hypertonie unbedingt zu erkennen, um therapeutisch zu intervenieren. Eine fehlende Reaktion auf zu niedrige Blutdruckwerte ist in Anbetracht der beschriebenen pulmonalen Situation mit kontrollierter Beatmung trotz stabil wirkendem Zustand des Kindes elementar falsch und unverständlich. 

Der Rechtsstreit vor dem OLG Düsseldorf wird aller Voraussicht nach Mitte 2018 abgeschlossen sein.

Der heute 13-jährige Junge ist schwerst mehrfachbehindert. Es besteht eine ausgeprägte Cerebralparese nach Hirnblutungen sowie ein shuntpflichtiger Hydrocephalus. Daneben besteht eine Epilepsie mit BNS-Anfällen und Nachweis von massiven EEG-Auffälligkeiten. Die schwere Mehrfachbehinderung mit Cerebralparese, Anfallsleiden, geht einher mit Blindheit und Taubheit. Das Kind bedarf einer 24-Stunden-Unterstützung, Pflege und Überwachung, welche bisher ausschließlich und abschließend in häuslicher, d.h. elterlicher Umgebung geleistet wird.

AUTOR

Dr. Roland Uphoff
M. med., Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht
Heinrich-von-Kleist-Str. 4
53113 Bonn



Wissenswertes aufgeschnappt

Kein Grund zur Sectio

Auf natürlichem Weg zur Welt gekommen und kerngesund: Zachariah, Joel und Mikah sind die Stars in der Nürnberger Klinik Hallerwiese. Ihre Mutter hatte die Jungs spontan, ohne größeren operativen Eingriff, geboren. Ein außergewöhnlicher Start für Drillinge! Sie kamen in der 35. Schwangerschaftswoche zur Welt. Mit einem Geburtsgewicht zwischen 2.080 und 2.560 Gramm



Foto: © pirotechnik - Fotolia.com

sowie einer Größe zwischen 44 und 52 Zentimetern waren sie gut entwickelt. „Die Buben sind kerngesund und mussten nach der Geburt nicht auf der Frühgeborenen-Intensivstation versorgt werden“, erklärt Dr. Elsa Hollatz-Galuschki, Oberärztin in der geburtshilflichen Abteilung der Klinik. Schon die Zeugung der Drillinge, keine künstliche Befruchtung, war ein Wunder.

Quelle: www.klinik-hallerwiese.de