

# Vermeidbarkeit geburtshilflicher Schadensfälle aus gutachterlicher Sicht

F. Wolff<sup>1</sup>, R. Uphoff<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Frauenklinik, Kliniken der Stadt Köln, Krankenhaus Holweide, Köln;

<sup>2</sup>Kanzlei für Geburtsschadensrecht und Arzthaftung, Bonn

*Geburtseinleitung – Misoprostol – Aufklärung – Sicherungsaufklärung*

*gynäkologische praxis* 51, 472–477 (2023)  
mgo fachverlage GmbH & Co. KG

*Fehlerhafte Behandlungen in der Geburtshilfe verursachen neben dem Leid für die Betroffenen meist hohe Haftpflichtschäden. Viele davon wären durch entsprechende organisatorische Änderungen vermeidbar.*

## ■ Einleitung

Entgegen vielfacher Meinungen nehmen geburtshilfliche Schadensfälle in den Gutachterkommissionen der Länder, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherer (MDK) oder auch bei Gerichten nicht zu. Sie bleiben in den letzten 5 Jahren unverändert mit ca. 1.000 Fällen im Jahr. Zugenommen haben allerdings die Schadenssummen. Dies betrifft sowohl das Schmerzensgeld wie auch die Versorgungsansprüche der Antragsteller bzw. Kläger. Insbesondere die Versorgungsansprüche können sich im Laufe von Jahren oder Jahrzehnten in Höhe von erheblichen Schadenersatzforderungen (bis 5 Millionen oder zum Teil höher) addieren.

In der vorliegenden Arbeit sollen typische Fehler dargestellt werden, die zu einem ärztlichen Behandlungsfehler führen. Sie wären durch entsprechende organisatorische Änderungen in vielen Fällen vermeidbar. Dies trägt somit zur Sicherheit in der Klinik und Praxis bei und wäre sowohl für die Patientinnen wie auch für Ärzte gleichermaßen bedeutsam.

## ■ Geburtseinleitung mit Misoprostol

### Ausgangssituation

Im Frühjahr 2021 kam es durch mehrere Presseberichte zu einer erheblichen öffentlichen Diskussion und Verunsicherung durch die Verwendung des Prostaglandin-E1-Präparates Misoprostol. Aufgrund der Berichterstattung in den Medien hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe am 13.02.2020 eine Stellungnahme zur medialen Berichterstattung und dem Einsatz von Cytotec® veröffentlicht [1, 2]. Dabei wird ausgeführt, dass Cytotec® ein Medikament

ist, das zum Schutz der Magenschleimhaut zugelassen wurde. Der Wirkstoff Misoprostol führt jedoch auch zu einer Reifung des Gebärmutterhalses und zu Kontraktionen der Gebärmuttermuskulatur, weswegen dieses Medikament in vergangenen Jahren zur Geburtseinleitung nicht nur in Deutschland, sondern weltweit Anwendung fand. Da dieses Medikament außerhalb seiner zugelassenen Indikation verwendet wurde, erfolgte die Anwendung im sogenannten off label use, wobei die Kliniken unterschiedliche Aufklärungsbögen für den Einsatz dieses Medikamentes verwendet hatten. Es wurde überwiegend oral, seltener auch vaginal angewendet. Zur oralen Anwendung von Misoprostol gab es nach Darstellung der Deutschen Gesellschaft mehr als 80 randomisierte Studien, die die Wirksamkeit dieses Medikamentes dargestellt haben. Eine Umfrage an den Kliniken ergab jedoch erhebliche Unterschiede im Handling und in der Dosierung von Cytotec® in der täglichen Praxis [3].

Die mediale Diskussion sorgte für Verunsicherung, sodass schließlich auch Einschränkungen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfARM) erfolgten. Die Kliniken setzten in der Folge dieses Präparat nicht mehr ein. Im Herbst 2021 wurde dann ein Misoprostol-Präparat (Angusta®) zugelassen, wobei die Tabletten 25 µg Misoprostol enthielten. Dabei können 25 µg alle 2 Stunden bzw. 50 µg alle 4 Stunden verabreicht werden. In der Zwischenzeit hatten im Medizinrecht spezialisierte Kanzleien über digitale Medien und Öffentlichkeitsarbeit Patientinnen aufgerufen sich bei ihnen zu melden, wenn sie sich durch Misoprostol falsch behandelt fühlten oder Komplikationen aufgetreten sind. Dies führt in der Gutachterpraxis dazu, dass sowohl aus den Gutachterkommissionen wie auch von den Haftpflichtversicherern der Kliniken viele Anfragen zur Geburtseinleitung mit Misoprostol durch das Präparat Cytotec® erfolgten. Aus Sicht des Gutachters galt es dabei, folgende Fragen zu klären:

1. Lag eine ordnungsgemäße Aufklärung im Rahmen des off label use, von der Patientin gegengezeichnet, vor, die über entsprechende Risiken der Geburtseinleitung informierte?

2. War die Indikationsstellung zur Geburtseinleitung grundsätzlich richtig und sachlich gegeben?
3. Wurden Kontraindikationen wie z. B. Z. n. Uterusoperationen, insbesondere Z. n. Sectio, berücksichtigt?
4. Waren die Dosierung, die Zeitabstände zwischen den Einzelgaben und die Überwachung beachtet worden?

Dabei wurde vonseiten der Juristen darauf hingewiesen, dass nur bei zweifelsfreier Dosierung Risiken ausgeschlossen sind. So heißt es in der Leitlinie Geburtseinleitung [4]: *»Eigenständiges Zerstückeln von Tabletten höherer Dosierung und/oder Auflösung von Tabletten in Flüssigkeit und Gabe von bestimmten Trinkmengen sind aufgrund der Ungenauigkeit, der Stabilität und Wirkungskonzentration zu vermeiden. Eine korrekte Herstellung durch eine Apotheke ist deshalb unabdingbar«*. Diese Frage war für den Gutachter nicht immer einfach zu klären, weil sich aus den Unterlagen nicht erkennen ließ, ob die Tabletten geteilt, aufgelöst oder entsprechend in der Apotheke zubereitet worden waren. Trotzdem kam es hierdurch nur in wenigen Fällen zu ursächlichen Komplikationen, die auf eine fehlerhafte Zubereitung zurückzuführen waren.

### **Problem der Überwachung**

Ein immer wiederkehrendes Risiko war für den medizinischen Gutachter die nicht leitlinienkonforme Überwachung der Patientin. So wurden die meisten Patientinnen morgens einbestellt und erhielten beispielsweise um 9:00 Uhr die erste Gabe von Misoprostol mit 50 µg. Im Abstand von 4–5 Stunden erfolgte dann nach entsprechender Kardiotokografie(CTG)-Kontrolle, gegebenenfalls auch Untersuchung, eine erneute Gabe. Das heißt, bei 4-stündigen Abständen wären die nächsten Gaben um 13:00 Uhr, um 17:00 Uhr und um 21:00 Uhr erfolgt. Gerade bei den letzten Gaben, die sich manchmal auch verzögerten und erst um 22:00 Uhr oder später verabreicht wurden, fanden oftmals keine regelmäßigen CTG-Kontrollen und keine Überwachung der Patientin nachts statt. Oft

wurde sie mit dem Hinweis, sie möge sich bei Wehen melden, auf die Station geschickt. Immer wieder kam es dann zu starken Wehen und Komplikationen durch Dauerkontraktion mit pathologischem CTG. Hier bestand aus gutachterlicher Sicht das Problem, dass die engmaschige mehrstündige CTG-Kontrolle nicht mehr stattfand und nicht festgestellt werden konnte, wann und wie intensiv die Wehentätigkeit eingesetzt hatte. In seltenen Fällen wurde sogar bei vorhandener stärkerer Wehentätigkeit die Dosierung fortgeführt. Obwohl bei intensiver Kreißaal-Be-/Überlastung nachvollziehbar, dass die auch in der Nacht durchgeführte CTG-Kontrolle wohl für Patientin wie auch das Personal oft schwierig und belastend ist, so muss doch festgestellt werden, dass sich hier die Gefahr eines ärztlichen Behandlungsfehlers ergibt.

Als typisches Beispiel sei die Einleitung einer Patientin nach Überschreiten des Geburtstermins um eine Woche genannt, die sich nach letzter Gabe um 22:00 Uhr mit stärkerer Wehentätigkeit 2 Stunden später im Kreißaal meldete. Dort erhielt sie ein Wannenbad und eine homöopathische Schmerz erleichterung, zunächst ohne CTG-Kontrolle. Als nach 2 Stunden bei schon vorhandener starker Wehentätigkeit das CTG angeschlossen wurde, zeigte sich eine Bradykardie, die zu einer Notsectio unmittelbar führte. Auch wenn das Kind in diesem Falle aufgrund der mittelschweren Asphyxie durch das sofortige Eingreifen ohne schwerere Schädigung überlebt hat, so handelt es sich doch hierbei eindeutig um einen **Befunderhebungsfehler**. Dabei besteht in diesem Falle ein schwerwiegender Befunderhebungsfehler, da bei früher durchgeführtem Kardiotokogramm, das bei der vorhandenen schmerzhaften Wehentätigkeit indiziert war, eine Herztonveränderung des Kindes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit früher entdeckt worden wäre, sodass die Situation der Notsectio mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht entstanden wäre.

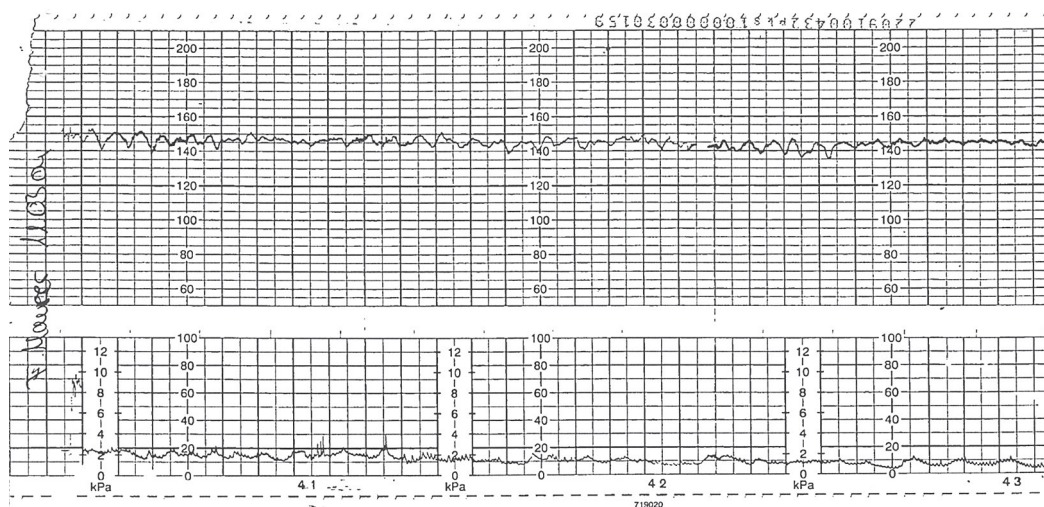
Nach den Urteilen des Bundesgerichtshofs liegt ein grober Behandlungsfehler auch dann vor, »wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig

zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre. Damit tritt eine Beweislastumkehr auf, die letztlich zur Folge hat, dass alle auftretenden Komplikationen bei Mutter und Kind von der Klinik zu verantworten sind. Letztlich würde dieser Behandlungsfehler auch für alle anderen zugelassenen Prostaglandine gelten, da hier gegen die notwendige Überwachung verstoßen wurde, die letztlich für jede medikamentöse Geburtseinleitung grundlegend ist. Auch wenn die CTG-Intervalle in den Leitlinien nicht exakt angegeben sind, so ergibt sich jedoch aus den 4-stündigen Verabreichungen der Medikamente die Pflicht, die Wirksamkeit bezüglich der Wehen und gegebenenfalls auch des Muttermundbefundes zu überprüfen.«

Die vorgenannte Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ist zwischenzeitlich in § 630 h Abs. 5 Satz 2 BGB normiert.

Die typischen geburtshilflichen Schadensfälle befassen sich daher speziell mit der fehlerhaften Überwachung unter der Geburt mittels CTG oder Mikroblooduntersuchung (zusammenfassende Darstellung der typischen geburtshilflichen Schadensfälle in [5]).

Gerade die Überwachung zu Zeiten des nächtlichen Bereitschaftsdienstes ließ erkennen, dass hier trotz oft hoher Gaben von 100 µg Misoprostol keine notwendige Überwachung stattfand. Späte Gaben sollten daher nur dann verabreicht werden, wenn eine entsprechende Kontrolle personell zu gewährleisten ist. Im Gegensatz zu seltenen Komplikationen wie Uterusruptur o. Ä. ließ sich die mangelhafte nächtliche Überwachung häufiger als Ursache für Komplikationen feststellen. Sie ist letztlich unabhängig vom Einsatz des off label use von Cytotec®, sondern gilt grundsätzlich für alle darüber hinaus zugelassenen Prostaglandine.



**Abb. 1** | Kardiotokogramm der 38. SSW im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge bei später festgestellter fetomaternaler Transfusion

### ■ Fehlerhafte Schwangerschaftsüberwachung

Ein immer wieder auftretendes Problem, insbesondere bei der ambulanten Schwangerschaftsüberwachung in der Praxis, aber auch im klinischen Alltag, ist der Umgang mit Auffälligkeiten bei Untersuchungsbefunden. Bei der Schwangerschaftskontrolle ist der Umfang der Untersuchungen in den Mutterschaftsrichtlinien verbindlich festgelegt. Dies betrifft alle Befunde von der Blutdruck-, Urin- und Ultraschallkontrolle bis hin zur Überwachung durch ein Kardiotokogramm. Dabei bestehen immer wieder Unklarheiten, wie mit auffälligen Befunden umzugehen ist. Diese müssen in jedem Falle mit der Patientin besprochen werden. Dabei besteht im Alltag immer wieder die Gefahr, dass aufgrund von organisatorischen Fehlern auffällige Labor- oder andere Befunde durchgeführt werden, das Ergebnis aber nicht zur Kenntnis genommen wird oder nicht mit der Patientin besprochen wird.

Im vorliegenden Fall sieht man als Beispiel ein Kardiotokogramm mit einer Herzfrequenz von 150 spm, das in der 38. SSW durchgeführt wurde

(► Abb. 1). Es besteht eine deutliche Einengung, im 2. Teil sogar eine Silenz der fetalen Herzfrequenz. Dabei ist das Kardiotokogramm über eine Stunde geschrieben worden, möglicherweise weil man es auffällig fand. Eine Bewertung findet sich dazu in den Unterlagen nicht. Trotzdem ist die Patientin im Anschluss daran nach Hause entlassen worden. Es bestand keinerlei Dokumentation über eine kurzfristige Kontrolle oder andere Maßnahmen. Die Ultraschalluntersuchung war zu dem Zeitpunkt unauffällig und ergab ein zeitgerecht entwickeltes Kind. Bei einer zwei Tage später durchgeführten Kontrolle in der Klinik, als die Patientin keine Kindsbewegungen mehr spürte, fand sich ein ausgeprägter Hydrops bei weiterhin hochpathologischem tachykardem CTG. Die sofort durchgeführte Sectio ergab eine fetale Anämie mit einem Hämoglobin von 2,8 g/dl aufgrund einer fetomaternalen Transfusion.

### Sicherungsaufklärung

Im Unterschied zu unserem ersten Beispiel hätte dabei kein weiterer Befund vom niedergelassenen Frauenarzt erhoben werden müssen, son-

dern notfallmäßig eine umgehende Einweisung in eine Klinik erfolgen müssen. Dabei hätte der Arzt die Patientin über die Dringlichkeit der Abklärung dieses Befundes aufklären müssen. Diese Überweisung hätte unmittelbar erfolgen müssen, gegebenenfalls auch mit telefonischer Vorankündigung in der Klinik. Im Rahmen der weiteren Befunderhebung wäre dann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit frühzeitiger eine Sectio erfolgt bzw. eine Diagnostik, wobei gegebenenfalls aufgrund eines pathologischen Dopplers der Arteria cerebri media mit Erhöhung der Flussgeschwindigkeit die fetale Anämie diagnostiziert worden wäre. Die fehlende Sicherungsaufklärung muss dann als schwerer Behandlungsfehler angesehen werden.

§ 630 c Abs. 2 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verpflichtet insoweit grundsätzlich den behandelnden Arzt ausführlich den Patienten über alle Umstände zu informieren, die zur »Sicherung des Heilungserfolgs« zur »Vermeidung möglicher Selbstgefährdung« notwendig sind.

Eine solche fehlende Sicherungsaufklärung findet sich im Alltag des Gutachters relativ häufig in den zugeschickten Unterlagen. Dies betrifft z. B. auffällige mammasonografische Befunde, die nicht weiter abgeklärt werden, auffällige gynäkologische Ultraschallbefunde oder das Übersehen eines pathologischen zytologischen Abstriches der Zervix. In der Schwangerschaft sind es auffällige Befunde im Rahmen der nach den Mutterschaftsrichtlinien durchgeführten Untersuchungen.

Bei der Sicherungsaufklärung handelt es sich daher um einen schwerwiegenden Fehler, der je nach den Folgen – wie auch im vorliegenden Fall – zu erheblichen Schadensforderungen führen kann.

### ■ Fazit für die Praxis

Bei der Vermeidung von ärztlichen Behandlungsfehlern stehen der Befunderhebungsfehler und die fehlende Sicherungsaufklärung in vorderster Linie. Sie führen zum Vorwurf des schweren Behandlungsfehlers und können in der konkreten Praxis- und Kliniksituation oft einfach vermieden werden.

### ■ Zusammenfassung

Fehlerhafte Behandlungen in der Geburtshilfe verursachen neben dem Leid für die Betroffenen meist hohe Haftpflichtschäden. Dabei gibt es typische Fehlermuster, die bei entsprechender Aufmerksamkeit in vielen Fällen vermieden werden können. Anhand von typischen Beispielen werden der Befunderhebungsfehler und die fehlerhafte Sicherungsaufklärung erläutert, die beide einen schweren Behandlungsfehler und damit eine Beweislastumkehr begründen. Die Kenntnis dieser juristischen Begriffe und ihre Bedeutung im heutigen Medizinrecht anhand der aktuellen Rechtsprechung werden erläutert.

---

Wolff F, Uphoff R:

Avoidability of obstetric damage cases from an expert point of view

**Summary:** Contrary to many opinions, obstetric claims cases in the medical expert commissions or even courts are not increasing. In the last five years, they remained at about 1.000 cases per year in Germany. However, the amounts of damage have increased. This concerns both the compensation for pain and suffering and the pension claims of the applicants or affected patients. In particular, the pension claims can add over the course of year or decades to the amount of considerable claims for damages (up to 5 million Euros or more). In this paper, typical errors that lead to medical malpractice are presented. They could be avoided in many cases through appropriate organisational changes. This contributes to safety in obstetric clinics and medical offices and would be equally significant for both – patients and medical teams.

*Keywords: labour induction – misoprostol – informed consent – risk management*

---

## Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e.V. (AGG). Empfehlungen zum Umgang mit Miso-prostol zur Geburtseinleitung. Stand: 17.03.2020.
2. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. Stellungnahme zur Berichterstattung über „Cytotec zur Geburtseinleitung“. Pressemitteilung vom 13.02.2020.
3. Kehl S, Weiss C, Rath W, Schneider M, Stumpfe F, Faschingbauer F, et al. Anwendung von Misoprostol zur Geburts-einleitung an deutschen Geburtskliniken: Was wird wirklich gemacht? Geburtshilfe Frauenheilkd 2021; 81: 955–965.
4. Induction of labour. Guideline of the German Society of Gynecology and Obstetrics (S2k, AWMF Registry No. 015-088, December 2020). Addendum vom März 2021. (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-088.html>).
5. Uphoff R, Hindemith J. Die zivilrechtliche Haftung des Geburtshelfers. Z Geburtsh Neonatol 2011; 215: 223–229.

**Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass bei der Erstellung des Beitrags keine Interessenkonflikte im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestanden.

**Anmerkung:** Dieser Beitrag entstand nach einem Vortrag auf der Sitzung der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (BLFG) auf der DGGG-Tagung in München im Oktober 2022.



Prof. Dr. Friedrich Wolff  
Frauenklinik  
Kliniken der Stadt Köln  
Krankenhaus Holweide  
Neufelder Straße 32  
51067 Köln



Dr. Roland Uphoff, M. med.  
Kanzlei für Geburtsschadensrecht und  
Arzthaftung  
Heinrich-von-Kleist-Straße 4  
53113 Bonn