

Wie wichtig Vorausschauen und klare Kommunikation sind

Axel Näther

Die Versorgung von Kindern und dabei insbesondere von kleinen Kindern und von Neugeborenen ist anspruchsvoll. Schon unter Klinikbedingungen ist die Gefahr nicht gering, dass Fehler unterlaufen, teils mit gravierenden Folgen. Zwei der wichtigsten Voraussetzungen für das Vermeiden von Fehlern sind die richtige Einschätzung der Situation und eine klare Kommunikation. Wenn schon diese Eckpunkte nicht gewährleistet sind, steigt das Risiko darauf aufbauender Fehler exponentiell, was anhand eines Beispielfalls verdeutlicht werden soll:

I.

Es geht um die Beurteilung von Behandlungsfehlern im Bereich der neonatologischen Versorgung eines am 01.11.2013 geborenen Mädchens.

Bei der Mutter handelte es sich um eine Nulli Para, Erstgravida. Sie hatte sich im Vorfeld für eine Hausgeburt entschieden.

Die Schwangerschaft wurde, wie üblich, durch eine niedergelassene Frauenärztin/einen niedergelassenen Frauenarzt betreut, eine ergänzende Betreuung erfolgte in einem Hebammenzentrum in direkter Nachbarschaft. Eine Hebamme dieses Zentrums sollte die Geburt dann auch durchführen.

In den Morgenstunden des 01.11.2013 informiert die Mutter die sie betreuende Hebamme über einen fraglichen Geburtsbeginn bei Abgang von blutigem Schleim und beginnender Wehentätigkeit. Innerhalb der nächsten zwei Stunden – genauer lässt es sich im Nachhinein nicht mehr feststellen – erscheint die Hebamme im Haus/der Wohnung der werdenden Mutter. Eine regelmäßige Wehentätigkeit stellt sich ein; dies lässt sich anhand der CTG-Aufzeichnungen nachvollziehen. Zu diesem Zeitpunkt werden sowohl die Herz-töne des Kindes als auch die mütterlichen Wehen aufgezeichnet. Laut Dokumentation kommt es um 11.45 Uhr zu einem (spontanen) Blasensprung, dabei geht reichlich grünlich tingiertes Fruchtwasser ab.

In den sich anschließenden Stunden schreitet die Geburt -zunächst ohne Auffäl-

igkeiten- fort: gegen 17.00 Uhr beträgt die Muttermundswerte acht bis neun Zentimeter.

Von 18.17 Uhr an bis zur Geburt des Kindes um 18.54 Uhr wird das CTG kontinuierlich geschrieben, wobei allerdings nur die kindlichen Herz-töne aufgezeichnet werden – eine Aufzeichnung der Wehentätigkeit (Tokogramm) erfolgt hingegen nicht (mehr).

Laut Dokumentation kommt es um 18.54 Uhr zum Spontanpartus eines deprimierten Neugeborenen, eines Mädchens aus Schädel-lage. Die Apgar-Werte sind mit 3/5/5 nach 1/5/10 Minuten festgehalten. Als postpartal ergriffene Maßnahmen sind (nur) ein Absaugen sowie die (kurzzeitige) Beatmung mit einem Ambu-Beutel vermerkt.

Drei Minuten nach Entbindung (18.57 Uhr) wird der Rettungsdienst über die Leitstelle der Feuerwehr verständigt und ein Notarzt hinzugerufen. Dabei waren die Informationen zur Lage so rudimentär, dass für die kontaktierte Leitstelle nicht erkennbar war, ob weitere oder besonders spezialisierte Kräfte zusätzlich erforderlich sein könnten. Etwa zehn Minuten später (19.08 Uhr) trifft der Rettungsdienst ein. Um 19.10 Uhr ein Notarzt.

Um 19.20 Uhr trifft dann das -nach-träglich hinzugerufene- Kindernotfallteam der nächstgelegenen Kinderklinik ein. Erst zu diesem Zeitpunkt, also etwa eine halbe Stunde nach der Geburt, gelingt die zuvor mehrfach versuchte Intubation bei dem neugeborenen Kind. Die Verlegung in die Kinderklinik erfolgt -nach Stabilisierung- um 19.55 Uhr.

Bei der Aufnahme in der Kinderklinik ist die Herzfrequenz des Kindes unauffällig, die Sauerstoffsättigungswerte liegen ebenfalls im Normbereich. Die bei Aufnahme durchgeführte Blutgasanalyse ergibt einen erniedrigten pH-Wert von 7,19 und einen Base-Excess-Wert (Basenüberschuss) von pathologischen -14,4 mmol/L.

Das Mädchen wird dann auf der Neugeborenen-Intensivstation beatmet, man führt für einen Zeitraum von 72 Stunden eine Hypothermie-Behandlung durch, wegen einer Infektion der oberen Atemwege erhält das Kind eine Antibiose.

In den ersten Tagen nach der Geburt zeigen sich bereits neurologische Auffälligkeiten. Das Mädchen wird in eine neuropädiatrische Klinik weiterverlegt. Das angefertigte EEG ist hochgradig auffällig, das Kind beginnt zu krampfen. Die Diagnose über das Vorliegen einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie (HIE) ist gesichert, die HIE wird auch mittels MRT nachgewiesen. Es ist absehbar, dass das Kind zeit seines Lebens auf umfassende Hilfe Dritter angewiesen sein wird, es ist geistig und körperlich schwer geschädigt und ihm wird bereits sehr früh ein Pflegegrad 4 zuerkannt.

II.

Insbesondere die Abläufe nach der Geburt des Kindes sind durch einen qualifizierten Sachverständigen, Chefarzt einer großen neonatologischen/pädiatrischen Abteilung, begutachtet worden.

Der Gutachter hebt dabei hervor, dass die Erstversorgung, durch die die Geburt betreuende Hebamme, nicht nach den geltenden Standards erfolgte und in mehrfacher Hinsicht fehlerhaft gewesen sei. Nach der Geburt hätte sofort ein effektives Absaugen durchgeführt werden müssen, an die sich unmittelbar eine -ebenso effektive- Maskenbeatmung hätte anschließen müssen. Für den Gutachter unverständlich war zudem, dass überhaupt nicht erkennbar war, inwieweit Maßnahmen zur Stabilisierung der Körpertemperatur (Wärmeprotektion) ergriffen wurden. Von zentraler Bedeutung war, dass die die Geburt betreuende Hebamme unverzüglich nach der Geburt des erkennbar stark deprimierten Neugeborenen ein in der Reanimation von Neugeborenen erfahrenes Team einer neonatologischen Intensivstation hätte anfordern müssen. Dies umso mehr, wenn klar ist, dass durch den Umstand der Hausgeburt die Wege und Reaktionszeiten bei auftretenden Problemen in jedem Fall (sehr) lang sind. Tatsächlich informiert wurde aber (wenige Minuten nach der Geburt) nur, und zwar über den allgemeinen Notruf für die Feuerwehr, der Rettungsdienst (Notruf 112).

Das Reanimationsteam der neonatologischen Intensivstation, dass durch den am Einsatzort angekommenen Rettungsdienst zusätzlich benachrichtigt wurde, kam so erst um 19.20 Uhr beim Kind an. Durch den seit 19.10 Uhr anwesenden Notarzt, der nicht über besondere Kenntnisse im Umgang mit Neugeborenen verfügte, konnte eine suffiziente Erstversorgung/Sauerstoffversorgung des Kindes jedenfalls nicht sichergestellt und auch nicht erzielt werden.

Anhand keiner der verfügbaren Dokumentationen konnte nachvollzogen werden, ob die Bemühungen der Hebamme mittels Beutelbeatmung effektiv gewesen sind. Ein wie auch immer geartetes Protokoll der durchgeführten Maßnahmen existiert nicht. Bei Eintreffen der Rettungssanitäter gegen 19.08 Uhr wurde die Sauerstoffsättigung mit 75% und die kindliche Herzfrequenz mit <100 SpM gemessen.


Der befragte Gutachter lässt keinen Zweifel daran, dass die postpartale Versorgung des Mädchens mangelhaft gewesen ist und zu einer protrahierten Hypoxie mit nachfolgender cerebraler Schädigung geführt hat.

Von entscheidender Bedeutung war für den Gutachter dabei, dass die die Hausgeburt betreuende Hebamme nicht vorausschauend gehandelt und den besonderen Umständen nicht Rechnung getragen hat:

III.

Zunächst muss verlangt werden können, dass diejenigen, die eine außerklinische Geburt betreuen und wissen, dass sie nicht die Infrastruktur einer Geburts-/Kinderklinik im Hintergrund haben, alle Vorkehrungen treffen, um einem Notfall begegnen zu können. Das bedeutet insbesondere, dass wenigstens Rufnummern umliegender Kreißsäle, Kinderkliniken, neonatologischer Intensivstationen etc. vorgehalten werden, um im Notfall darauf zurückgreifen zu können. Das bedeutet daneben auch, dass man in der Lage ist, hinzugerufenen Helfern/Ärzten und Leitstellen Informationen in einer Art und Weise zu vermitteln, dass Dritte sich tatsächlich ein zutreffendes Bild von der Lage machen können – vorliegend war der Notrufzentrale lediglich mitgeteilt wor-

den, dass „ein Kind mit Atemproblemen“ zu versorgen sei.

Der Mangel an vorausschauendem Handeln, handwerkliche Fehler, aber besonders auch die unklare Kommunikation haben in dem geschilderten Fall zu einer Situation geführt, durch die am Ende ein Kind stark geschädigt wurde, was mit Sicherheit hätte vermieden werden können. 

AUTOREN

Axel Näther
Rechtsanwalt
Fachanwalt für
Medizinrecht



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

