

Befunderhebungs- und Dokumentationspflichten in der Frühchenvorsorge

Roland Uphoff und Jan Tübben

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

Erneut steht die postpartale Versorgung von Frühchen im Fokus eines Medizinrechtsstreits und zeigt wiederholt, dass das Dokumentationserfordernis in der Medizin wesentlichen Stellenwert genießt.

Der Fall

Die Kindsmutter befand sich in ihrer zweiten Schwangerschaft. Vorausgegangen war die Entbindung eines 1.820 g schweren frühgeborenen Jungen in der 36. SSW drei Jahre zuvor. Im Mutterpass waren eine familiäre Hypertonie-Belastung, eine Nickelallergie sowie eine besondere psychische Belastung beruflicher Natur dokumentiert. Außerdem galt sie bei ihrer zweiten Schwangerschaft als Risikopatientin, da das erste Kind eine Frühgeburt war, die zudem mit einer Ösophagusatresie geboren wurde.

In der 27. SSW wurde die Mutter wegen einer vaginalen Blutung im Entbindungsklinikum aufgenommen. Dort wurde ihr „Bettruhe“ verordnet sowie ein wehenhemmendes Medikament angesetzt. Prophylaktisch erfolgte eine Antibiotika-Therapie mit Clindamycin sowie eine Lungenreifetherapie mit Celestan. Am vierten stationären Tag kam es vormittags zu einer zunehmend stärkeren Blutung, die den Verdacht auf eine beginnende Plazentalösung nahe legte. Durch die Behandler wurde ein geplanter Kaiserschnitt durchgeführt.

Das Kind wurde vital geboren und atmete spontan. Die Herzfrequenz betrug 100/Min., der Apgar lautete 8/9/9.

Der Aufnahmebefund der Kinderklinik belegte den zunächst sehr guten initialen Zustand des Kindes mit hirnorganischem Normalbefund. Das Gewicht des Kindes wurde mit 985 g, die Körperlänge mit 38,5 und der Kopfumfang mit 25 cm ermittelt. Ein Atemnotsyndrom 3. Grades konnte folgenlos behandelt werden.

Schädelsonogramme am ersten bzw. zehnten Tag nach der Geburt zeigten zunächst Normalbefunde. Ab der 3. Lebenswoche vergrößerten sich jedoch der dritte und die Seitenventrikel. Tagesbefunde und Pflegeberichte zeigten bei dem Kind ab der 1. Lebenswoche neurologische Auffällig-

keiten in Form krampfartiger Ereignisse, „Grimassieren“, „Zuckungen“ und „Augenverdrehen“ begleitet von einem Abfall der

Sauerstoffsättigung. Die große Fontanelle wurde laut Dokumentation in der gesamten Befundungszeit lediglich am zweiten



Lebenstag mit einer Größe von 2 x 2 cm beurteilt. Weitere Größenangaben in der Folgezeit waren nicht dokumentiert. Zur Weite der Schädelnähte finden sich selbst dann keine Angaben als sich einen Monat nach der Geburt eine pathologische Größenzunahme des Kopfumfanges zeigte. Weitere Sonographien blieben aus.

Eine Befundabklärung durch weitere Sonographien oder eine Lumbalpunktion fand zu keinem Zeitpunkt statt. Auch ein neuro-kinderchirurgisches Konsil wurde nicht veranlasst. Erst nach einer deutlich späteren Verlegung in ein Klinikum der nächst höheren Versorgungsstufe wurden dort weitere Maßnahmen eingeleitet, die schließlich zur Diagnose Hydrocephalus internus mit fortgeschrittener Pilzinfektion führten. Die Anschlussversorgung verlief ebenfalls komplikationsbehaftet und die Patientin erlitt einen dauerhaften neurologischen Schaden, bei dem nicht ausgeschlossen werden konnte, dass er mitursächlich auch auf die Pilzinfektion zurückzuführen war.

Rechtliche Bewertung

Der hier vorgestellte Fall ist in dieser und vergleichbaren Konstellationen in der Vergangenheit bereits mehrfach Gegenstand medizin-juristischer Auseinandersetzungen geworden. Er zeigt einmal mehr auf, dass es sich zum einen bei Kindern in der ärztlichen Versorgung wie teilweise angenommen wird nicht um „kleine Erwachsene“ und bei Frühchen eben nicht nur um besonders kleine Kinder handelt. Die Rechtsprechung hat bereits in vielen Entscheidungen darauf hingewiesen, dass in solchen Behandlungskonstellationen gesteigerte Obhuts-, Beobachtungs- und Vorsorgepflichten der Behandlungsseite bestehen, die auch in besonderem Maß dokumentiert werden müssen. Der vorliegende Sachverhalt ist im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens sachverständig begutachtet worden und weist mehrere rechtlich relevante Themen auf, wie etwa den Verstoß gegen Befunderhebungs- und Dokumentationspflichten.

Befunderhebungsfehler

So war zwischen den Parteien streitig, ob ausreichende Ventrikelweiten- bzw. Kopfumfangsmessungen in adäquatem Intervall stattgefunden hatten. Unstreitig wurde zu keinem Zeitpunkt vor der Verlegung der Patientin die erforderliche Liquordiagnostik durchgeführt. Es konnte mit den Aus-

führungen des Sachverständigen allerdings festgehalten werden, dass spätestens zum Zeitpunkt der ersten validierbaren und festgestellten überproportionalen Zunahme des Kopfumfanges eine kurzfristige weitere Diagnostik mittels Ultraschall erforderlich war. So hätte das nachweisliche Auftreten eines Hydrocephalus internus bei einem Frühgeborenen in der dritten Lebenswoche eine umgehende diagnostische Abklärung erforderlich gemacht. Es ist unter Neonatologen bekannt, dass bei Nichtvorliegen einer angeborenen Fehlbildung als Ursache für eine solche Kopfumfangszunahme zu den führenden Arbeitsdiagnosen eine mögliche intraventrikuläre Blutung oder auch eine mögliche Infektion gehören.

Zwar wäre es nach Ansicht des Sachverständigen bei erstmaligem Nachweis von (leicht) erweiterten Liquorräumen noch nicht erforderlich gewesen, eine sofortige Liquordrainage durchzuführen, jedoch hätte diese Befundkonstellation es unbedingt erforderlich gemacht, die weitere Verlaufsdynamik zu beobachten und zu erfassen. Entscheidend ist hierbei die Engmaschigkeit der Befunderhebung. Kontrolluntersuchungen (in Form von Sonographien) im Abstand von 1-2 Tagen, bei zuvor detektierter dynamischer Auffälligkeit, wären wohl als standardgemäß anzusehen. Schon die Standardliteratur sieht eine „Verlaufsdokumentation/-kontrolle“ routinemäßig vor (Obladen, Neugeborenenintensivpflege, 5. Aufl., 1995).

Dokumentationsmängel

Die Behandlungsseite hatte sich darauf berufen, dass manuelle Kopfumfangsmessungen stattgefunden hätten, dass solche Untersuchungen bei Frühchen routinemäßig erfolgten und dass auch aus diesem Grunde und weil eben die Befunde angeblich unauffällig geblieben seien, keine weitere Dokumentation erforderlich gewesen wäre. Diesem Argument wurde jedoch nicht stattgegeben, weil es eben bei nicht gesunden Kindern eine gesteigerte Befunderhebungs- und daraus auch resultierende Dokumentationspflicht gibt. Es kann insofern auch auf die früheren Veröffentlichungen in der Kinderkrankenschwester (02/2014, 03/2014) verwiesen werden, wobei es in den dortigen Bezugspublikationen im Regelfall um gesunde oder mäßig beeinträchtigte Neugeborene ging. Der vorliegende Fall unterscheidet sich grundlegend, da es um die Versorgung eines Frühchens ging, das nach vermeintlich anfänglich guter Entwicklung im Laufe der

ersten Lebenswochen zunehmend pathologische Symptome in Form der überproportionalen Zunahme der Ventrikelweite und neurologischer Auffälligkeiten aufwies. Spätestens ab diesem Zeitpunkt mussten sozusagen bei den Behandlern sämtliche Alarmglocken ertönen und eine routine- aber auch standardmäßige Diagnosekette bei Krankheitsverdacht in Form von engmaschig wiederholten schädelsonographischen Befunderhebungen und ergänzend eben auch in Form der Durchführung einer Liquoruntersuchung erfolgen.

Solche diagnostischen Maßnahmen wären aber in jedem Fall dokumentationspflichtig, weil sich die Pflicht zur Dokumentation in aller Regel auf Ergebnisse von Diagnoseuntersuchungen und Funktionsbefunde bezieht und insbesondere noch gesteigerten Anforderungen unterliegt, sobald Verdachts- und Arbeitsdiagnosen im Raume stehen. Aufzeichnungspflichtig sind die aus medizinischer Sicht für die ärztliche Diagnose und Therapie wesentlichen Fakten (BGH, Urteil vom 23.03.1993 – VI ZR 26/92). Es kann aus medizinischer Sicht auch die Pflicht bestehen, negative, also unauffällige Befunde zu dokumentieren, etwa um einen Verdacht zu entkräften oder bei medizinisch besonders wichtigen Befunden (BGH, Urteil vom 19.02.1995 – VI ZR 272/93). Im vorliegenden Fall konnte sich aufgrund dieses Mangels in der Dokumentation die Behandlungsseite nicht darauf berufen, entsprechende manuelle Tastuntersuchungen zur Feststellung der Ventrikelweite auch über die dritte Lebenswoche hinaus regelmäßig und engmaschig genug durchgeführt zu haben. Eine solche Behauptung wäre im Übrigen bereits durch den Umstand widerlegt worden, dass die nächste Kontrolluntersuchung, die zur Feststellung des Hydrocephalus internus geführt hatte, unstreitig pathologisch ausgefallen ist, was einem engmaschigen Diagnoseraster nicht entgangen wäre.

Beweislast und Schadensursache

Indem im streitgegenständlichen Sachverhalt eine derartige Diagnostikkette trotz bereits nachgewiesener Ventrikelweitzunahme ausblieb, wurde die korrekte Diagnose einer Pilzinfektion des Hirnwassers um mehrere Wochen verschleppt.

Mit der vorliegenden Fehlerkonstellation ist ein entscheidender Nachteil für die Behandlungsseite verbunden: Frühgeborene sind möglicherweise von vornherein mit einer schlechteren Prognose behaftet, nicht

indes per se, wenn sie wie hier unbeeinträchtigt auf die Welt kommen und unter Behandlungsbedingungen betreut werden, die dem objektiv medizinischen Standard entsprechen. Kommt es dann zu Komplikationen, können die Auswirkungen aufgrund des unreifen Gefäß- und Neurologiestatus verheerend sein.

In arzthaftungsrechtlichen Auseinandersetzungen um die fehlerhafte Versorgung von frühgeborenen Kindern wird von der Behandlungsseite geradezu routinemäßig der Einwand erhoben, die Kinder haben ihren Schaden aufgrund ihrer frühgeburtlichen „Grundveranlagung“ davongetragen. Es kann natürlich nicht ausgeschlossen werden, dass die Patientin auch durch das Zusammenwirken anderer Ursachen ihren Hirnschaden davongetragen hätte. Mit diesem Vortrag wird die Behandlungsseite allerdings dann nicht mehr durchdringen, wenn zugunsten der klagenden Patientin eine Beweislastumkehr streitet.

Denn streitet zugunsten der Patientenseite eine Beweislastumkehr, reicht es für den Vollbeweis der Schadensursächlichkeit schon aus, wenn die Möglichkeit besteht, dass sich die Schädigung des Kindes als Folge eines oder mehrerer entsprechender Behandlungsfehler darstellt. Die Behandlungsseite muss sich dann vollständig dahingehend entlasten, dass jeglicher Zusammenhang des Gesundheitsschadens mit den vorgeworfenen Fehlern gänzlich oder äußerst unwahrscheinlich ist. Dieser Beweis ist jedenfalls dann nicht geführt, wenn die alleinige Ursächlichkeit der Behandlungsfehler äußerst unwahrscheinlich ist, diese aber im Zusammenwirken mit anderen Ursachen den Schaden herbeigeführt haben können und eine solche Mitursächlichkeit nicht äußerst unwahrscheinlich ist (BGH NJW 1997, 796).


Folgen im vorliegenden Fall

Am Eingreifen einer Beweislastumkehr in der vorliegenden Konstellation bestand schon aufgrund der Fallgruppe der sog. unterlassenen Befunderhebung und daraus abzuleitender entsprechender juristischer Konsequenzen kaum Zweifel. Es konnte allerdings aufgrund der immensen Wichtigkeit der einzelnen diagnostischen Maßnahmen und insbesondere auch aufgrund der erforderlichen Engmaschigkeit dieser Maßnahmen kein Zweifel daran bestehen, dass die völlig unterlassene Diagnostik grob fehlerhaft war. Konkret war die unterlassene Befunderhebung grob fehlerhaft. Hat es die Behandlungsseite unterlassen, medizinisch gebotene Befunde zu erheben, kann der Patientenseite der Beweis erleichtert sein, wie dieser Befund ausgefallen sein würde. Unter der Voraussetzung, dass die Befunderhebung zur Aufklärung des Krankheitsbildes und zur Klärung, ob und welche therapeutischen Konsequenzen zu ziehen gewesen wären, medizinisch zweifelsfrei geboten war und der vom Kläger behauptete Befund wahrscheinlich ist, wird zugunsten des Patienten vermutet, dass sich dieser positive Befund ergeben hätte, sodass nunmehr die Behandlungsseite beweisen muss, dass sich ein Befund oder mehrere Befunde ergeben hätten, der/die ohne Einfluss auf den weiteren Behandlungsverlauf geblieben wären (BGH NJW 1999, 3408; BGH NJW 1999, 862; BGH NJW 1999, 2731; Frahm/Nixdorf, Rz. 123).

Diese Beweiserleichterung knüpft an den Gedanken an, dass derjenige den Nachteil tragen soll, der die Unaufklärbarkeit verschuldet hat. Andererseits soll die Patientenseite auch nicht besser stehen, als sie stünde, wenn der Befund erhoben worden wäre. Diese Kausalitätsvermutung

gilt, wenn der Verstoß gegen die Befunderhebungspflicht bereits als grober Fehler zu qualifizieren ist (BGH NJW 1998, 818).

Hieran bestand aber nach umfassender Begutachtung des Sachverhalts kein ernsthafter Zweifel mehr, wurde es doch als gänzlich unverständlich bezeichnet, dass der Verlauf nicht festgehalten wurde und nicht der Versuch unternommen wurde, Liquor für eine Untersuchung auf ein infektiöses Geschehen zu gewinnen. So war insbesondere auch zu berücksichtigen, dass aufgrund einer sich häufenden Symptomkonstellation über einen längeren Zeitraum keine erkennbare therapeutische oder ärztliche Konsequenz im Hinblick auf eine zielführende Diagnostik erfolgt war.

Bei dieser Sachverhaltskonstellation kommt es dann regelmäßig zu der Beweislastumkehr für die Patientenseite mit der Folge, dass auch andere mögliche Verursachungsbeiträge, die sich parallel abgespielt haben könnten, wie auch eine möglicherweise der Frühgeburtlichkeit immanente gesteigerte Gefahr, erheblichere und weitreichendere Schäden davonzutragen, von Beklagtenseite voll bewiesen werden müsste. 

AUTOREN

Dr. Roland Uphoff
M.mel.
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht



Jan Tübben,
Fachanwalt für Medizinrecht

