

Zur Wertigkeit der postpartalen Versorgung mäßig beeinträchtigter Neugeborener

Dr. Roland Uphoff

Leider kommt es immer wieder vor, dass Kinder unmittelbar nach der Geburt in ihren Vitalparametern beeinträchtigt sind. Unabhängig davon, ob diese Beeinträchtigungen auf ärztliche Versäumnisse zurückgeführt werden können, kommt der Behandlung dieser Kinder eine besondere Bedeutung zu und erfordert den gesteigerten Einsatz des gesamten neonatologischen Teams.

Denn nur die Effizienz der postpartalen Versorgung kann schwere Beeinträchtigungen des Neugeborenen verhindern und letztlich dazu führen, dass auch Kinder, die bereits mit einer mäßiggradigen Azidose geboren werden, unbeschadet aus dieser Situation hervorgehen. Fehler in der postpartalen Versorgung sind daher unbedingt zu vermeiden.

Insbesondere muss bei schon beeinträchtigten Kindern eine suffiziente Beatmung und Stabilisierung der Kreislaufsituation hergestellt werden, da nur so eine ansonsten drohende irreversible Schädigung abgewendet werden kann.

Ein renommierter Neonatologe hat hierzu in einer laufenden, vom Unterzeichner betreuten Auseinandersetzung ein umfassendes Gutachten erstellt.

In dem zu beurteilenden Fall war das Kind infolge einer peripartalen Depression ateminsuffizient und als Folge hiervon bradykard. Nachgeburtlich wurde eine Azidose mit einem pH von 7,09 und einem BE von -8,55 mmol/l ermittelt. Der Gutachter betont, dass es in diesem Fall den erstversorgenden Kinderärzten obliegt, eine adäquate Lungenbelüftung herzustellen und eine kardiorespiratorische Stabilisierung zu erreichen. Eine Bradykardie infolge einer mäßiggradigen peripartalen Hypoxie lässt sich unter einer adäquaten, angepassten Beatmung mittels einer Maske bereits nach wenigen Atemzügen beseitigen, ohne dass kreislaufunterstützende Medikamente in dieser Situation zum Einsatz kommen müssen.

Erschwert werden kann die Stabilisierung von deprimierten Neugeborenen in seltenen Fällen durch eine Reihe von komplizierenden Situationen und Befunden wie Mekonium- oder Blutaspilation, angebore-

ne Herzfehler, Lungen- und Kehlkopfgebildungen, Pneumonie, Sepsis oder Lungenhypoplasie.

Wenn es nicht gelingt, das Kind aus der Schocksituation herauszuholen und zu stabilisieren, muss zwingend an die Entwicklung eines Pneumothorax oder sogar eines Spannungspneumothorax gedacht werden. Es handelt sich hierbei um einen lebensbedrohlichen Notfall. Neben einer schweren Atemstörung kann dieser auch zu einer gravierenden Beeinträchtigung der Kreislauffunktion mit Bradykardie und sogar Asystolie führen.

Ein Spannungspneumothorax kann sich infolge eines nichtangepassten Beatmungsdrucks bereits während der ersten Lebensminuten unter einer Beutelbeatmung entwickeln. Aufgrund des erhöhten Drucks im Brustkorb ist dann eine Weiterbeatmung über eine Maske oder über einen Tubus kaum möglich. Ein typisches Symptom hierfür ist die persistierende Bradykardie und ein Anstieg des pCO₂-Wertes in der Blutgasanalyse.

Zeigen sich Probleme bei der Reanimation von Kindern, die postpartal lediglich eine mittelgradige Azidose aufweisen, müssen die erstversorgenden Ärzte also zwingend an einen Pneumothorax denken und diesen differentialdiagnostisch ausschließen.

Goldstandard einer solchen Ausschlussdiagnostik ist eine Röntgenuntersuchung des Thorax. Ist diese nicht möglich, kann mit der so genannten Diaphanoskopie ein Pneumothorax nachgewiesen werden. Hierbei wird eine Lichtquelle auf beide Thoraxseiten aufgesetzt. Im Fall eines Pneumothorax ist die erkrankte Seite durch die Verdrängung des Luftgewebes und dem Vorliegen freier Luft in der Pleurahöhle deutlich heller.

In dem zu begutachtenden Fall waren beide Maßnahmen unterblieben und stattdessen im weiteren Verlauf lediglich Probepunktionen der Pleurahöhle durchgeführt worden.

Der Gutachter hatte zu diesem Vorgehen deutliche Worte gefunden, die letzten Endes zu einer Haftung der beteiligten Ärzte geführt haben. Er stellte klar, dass die Anwendung dieser diagnostischen Maßnahmen als Basiswissen in der neonatologischen Arbeit anzusehen sind und vor einer Punktion der Pleurahöhle zur Anwendung kommen müssen, wenn sie technisch durchführbar sind. Da es sich in diesem Fall um eine Klinik der Maximalversorgung handelte, war dies unstrittig möglich, nur eben nicht erfolgt.

Bleibt die Reanimation daher über einen Zeitraum von fünf bis zehn Minuten erfolglos, was durch schlechte Blutgaswerte des Kindes bestätigt wird, sind die vorstehenden Maßnahmen zwingend zu veranlassen.

Unterbleiben diese, liegt nicht nur ein vorwerfbarer Diagnosefehler, sondern auch ein Behandlungsfehler in Form der unterlassenen Befunderhebung vor. Der Sachverständige hat es ausdrücklich nicht als ausreichend bewertet, dass im Verlauf der kinderärztlichen Behandlung lediglich Probepunktionen der Pleurahöhle zum Ausschluss eines Pneumothorax mit feinen Nadeln durchgeführt wurden, ohne dass hierbei Luft zu aspirieren war. Es ist durchaus bekannt, dass eine Fehllage der Punktionsnadel oder ein Abknicken des dünnen Plastikschauches zu falsch-negativen Resultaten führen kann. Der Goldstandard zum Ausschluss eines Pneumothorax ist und bleibt daher eine Röntgenaufnahme und, falls diese nicht möglich ist, die Diaphanoskopie des Brustkorbes.



Foto: © natasnow - Fotolia.com

Bestätigen die Untersuchungen einen Pneumothorax, darf nur ausnahmsweise bei kreislaufstabilen und respiratorisch unbeeinträchtigten Kindern unter Überwachung abgewartet werden. Bei Nachweis eines Spannungspneumothorax und bei beatmeten Kindern ist dieser aber unverzüglich zu entlasten. Unterbleiben entsprechende Maßnahmen, resultiert hieraus ein weiterer vorwerfbarer Behandlungsfehler. In dem zu beurteilenden Fall gelang es insgesamt für einen Zeitraum von 45 Minuten nicht, eine Stabilisierung des anfänglich nur mäßiggradig deprimierten, lungen-gesunden Neugeborenen zu erreichen. Als Folge der frustranen Reanimationsbemühungen entwickelte sich eine schwere postnatale Hypoxie. Letztlich wurde eine hypoxisch-ischämische Enzephalopathie festgestellt.

Der Gutachter lässt keinen Zweifel daran, dass Ursache dieser schweren Entwicklungsstörung die nicht rechtzeitige Feststellung und Beseitigung des Spannungspneumothorax war. Die schwere Schädigung des Kindes war damit auf die unzureichende Versorgung innerhalb der ersten Lebensminuten zurückzuführen.

Der für eine Haftung der Kinderärzte notwendige Ursachenzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem geltend gemachten Schaden konnte auf Basis dieses Gutachtens erbracht werden. Sollte dieser durch einen Gutachter nicht in einer solchen Deutlichkeit bestätigt werden, muss aus haftungsrechtlicher Sicht Folgendes beachtet werden:

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in einer Vielzahl von Urteilen ausgeführt, dass auch eine einfach-fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung grundsätzlich zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden führt.

Dies gilt jedenfalls dann, wenn die weiteren Voraussetzungen der Rechtsfigur der unterlassenen Befunderhebung vorliegen. Danach greift also in der Kausalitätsfrage eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten ein, wenn sich bei Durchführung der fehlerhaft versäumten Untersuchung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so deutlicher und gravierender Befund ergeben hätte, dass sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental und die Nichtreaktion auf ihn als grob fehlerhaft darstellen würde (vgl. BGH, Urteil vom 23.03.2004, NJW 2004, 1871 ff.).

Erste Voraussetzung ist, dass der Arzt es unterlassen hat, medizinisch gebotene bzw. zweifelsfrei gebotene Befunde zu erheben (BGH, Urteil vom 27.04.2004, VersR 2004, 909 ff.). Dabei steht eine verspätete Befunderhebung der unterlassenen Befunderhebung gleich.

Im vorstehend geschilderten Fall war es nach Aussage des Gutachters geboten, die Ursache für die ausbleibende Stabilisierung des Neugeborenen abzuklären und entsprechende diagnostische Maßnahmen wie eine Röntgenaufnahme des Thorax oder eine Diaphanoskopie zu veranlassen.

Weitere Voraussetzung ist, dass festgestellt werden kann, ob ein positives Befundergebnis im Fall der (fiktiven) Erhebung des Befundes hinreichend wahrscheinlich gewesen wäre (BGH, VersR 2007, 541 ff.), also ein Pneumothorax bei einer Röntgenaufnahme oder Diaphanoskopie festgestellt worden wäre.

Dieses Merkmal hat die Rechtsprechung dahingehend konkretisiert, dass eine Wahrscheinlichkeit hierfür von mehr als 50% bestehen muss.

Auf der letzten Stufe ist dann zu ermitteln, ob der bei erfolgter Erhebung hinreichend wahrscheinliche fiktive Befund so gravierend gewesen wäre, dass sich dessen Verkennung als fundamental oder die Nichtreaktion auf ihn als grob fehlerhaft darstellen musste; wie also die Nichtreaktion auf einen Pneumothorax medizinisch zu bewerten wäre (BGH VersR 2007, 541 ff.).

Liegen diese Voraussetzungen kumulativ vor, kommt es zu einer Beweislastumkehr zulasten der Behandlungsseite. Es reicht dann aus, wenn der Patient den Nachweis erbringt, dass der Behandlungsfehler – also die unterbliebene Befunderhebung des Pneumothorax und somit gleichzeitig dessen unterbliebene Entlastung – generell geeignet ist, die schwere Schädigung des Kindes zu verursachen. Nur dann, wenn ein Kausalzusammenhang hierzwischen „äußerst unwahrscheinlich“ ist, kann der Arzt sich einer Haftung entziehen (vgl. z. B. BGH, Urteil vom 16.11.2004, VersR 2005, 228).

Dies zeigt deutlich, dass eine unverzügliche adäquate kardiorespiratorische Stabilisierung auch bei einem nur mäßiggradig deprimierten Neugeborenen von entscheidender Bedeutung ist und bei Problemen in der Reanimation zwingend an die Entwicklung eines Pneumothorax gedacht werden muss. Denn unabhängig davon, ob dem Geburtshelfer Fehler anzulasten sind, kann die fehlerhafte postpartale Betreuung zu schwersten Schädigungen des Kindes und einer Haftung der dann behandelnden Personen führen. 

AUTOR

**Dr. Roland Uphoff, Fachanwalt für
Geburtsrecht, M. mel.**

Kanzlei für Geburtsschadensrecht
und Arzthaftung
Heinrich-von-Kleist-Str. 4
53113 Bonn