

20. Deutscher Medizinrechtstag

13. – 14. September 2019, Berlin

20 Jahre im Dienst des Patienten

MEDIZIN (|) RECHTSANWÄLTE 

Wenn die Geburt zur Katastrophe wird – Ansprüche aufgrund fehlerhafter Geburtshilfe

Referent: Jörg Heynemann



- *Studium der Pharmazie und Rechtswissenschaft in Bonn und Berlin*
- *Rechtsanwalt seit 2002*
- *Fachanwalt für Medizinrecht seit 2007*
- *Seit 2007 in eigener Kanzlei, die ausschließlich im Medizinrecht tätig ist*

20. Deutscher Medizinrechtstag

13.09.2019 – 14.09.2019

Wenn die Geburt zur Katastrophe wird

Behandlungsfehler und Aufklärungsversäumnisse

Geburtsschadensrecht
Berlin, 13.09.2019

Das behinderte Kind – eine Katastrophe?



Ich soll, wie man mir später sagte, ungewöhnlich wenig Lärm gemacht haben, woraus man schloss, dass ich entweder bald eingehen müsse oder dass ich, falls es mir gelingt, die erste kritische Zeit zu überleben, sehr dressurfähig sein werde.

Franz Kafka aus „Ein Bericht für eine Akademie“

Peter Radtke in der Inszenierung von Georg Tabori: Ein Bericht für eine Akademie



Der behinderte Mensch – ein Problem?



Peter Radtke:

„Es ist nicht das Problem, dass behinderte Menschen leiden, sondern dass sich die Anderen dieses vermeintliche Leiden nicht mit ansehen können. Nicht der Behinderte leidet, sondern diejenigen, die deren Anblick nicht ertragen möchten.“

Ein Kind lieben?



„Was tun Sie“, wurde Herr K. gefragt, „wenn Sie einen Menschen lieben?“ Ich mache einen Entwurf von ihm“, sagte Herr K., „und Sorge, dass er ihm ähnlich wird. “Wer? Der Entwurf?“ „Nein“ sagte Herr K., „der Mensch.“

Bert Brecht



Annabell

- die Geburt sollte im Geburtshaus stattfinden,
- das Kind war am Geburtstermin bereits 1 Woche übertragen
- geschätztes Geburtsgewicht 4.200 g (tatsächlich 4.300 g),
- grünes Fruchtwasser, dennoch Versuch der Spontangeburt im Geburtshaus,
- als dies nicht gelang, Verlegung in eine Geburtsklinik,
- dort Notsectio innerhalb von 12 Minuten,
- schwerst mehrfach behindertes Neugeborenes aufgrund eines hypoxischen Hirnschadens.



Annabell

- Annabell ist jetzt 16 Jahre alt und geht in eine Schule
- Annabell ist Rollstuhlpflichtig, kann sich nicht selbständig bewegen, nicht selbständig essen und ist inkontinent.
- Annabell ist in der Lage sich über ein Computersystem verständlich zu machen, indem sie mit einem Finger auf Symbole drückt.
- Annabell ist über dieses System auch in der Lage ihre Gefühle zum Ausdruck zu bringen.
- Annabell schaut sich sehr gerne im Fernsehen Nachrichten und politische Magazine an.
- Annabell benötigt eine Rund-um die Uhr-Pflege (24h)



Dylan

- Aufnahme in der Geburtsklinik bei einsetzenden Wehen einer Drittgebärenden,
- Blasensprung, grünes Fruchtwasser,
- über Stunden immer wieder auffälliges CTG, tiefe Dezelerationen,
- mütterliche Herztöne werden als kindliche interpretiert,
- Uterusruptur wird nicht erkannt,
- Entschluss für Kaiserschnitt viel zu spät getroffen.



Dylan

- schwerst mehrfach behindertes Neugeborenes:
Beatmungspflichtig, keine Körpertemperaturregulierung, muss über PEG-Sonde ernährt werden,
- Rund-um die Uhr-Pflege mit Sitzwache. Eltern erkennen anhand der Mimik und des Pulses, wen Dylan mag und wen nicht.



Milan

- frühzeitiger Blasensprung in der 25 SSW,
- stationäre Aufnahme der Schwangeren. Keine Infektion,
- einsetzende Wehen in der 30 SSW, Eltern fragen nach Kaiserschnitt, wird mit der Begründung abgelehnt, dass eine Spontangeburt schneller gehe. Die Geburt schreitet jedoch nicht voran.
- Nach 45 Minuten doch Entschluss zur Sectio. Sectio wird dann 60 Minuten später durchgeführt, Kind steckt im Geburtskanal fest und es dauert 8 Minuten das Kind dort mit Gewalt rauszuziehen, insgesamt dauert die Sectio 23 Minuten.



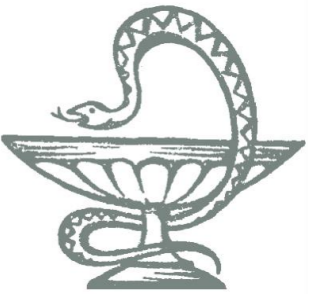
Milan

- Milan ist schwerst mehrfachbehindert und blind, kann aber kauen und schlucken und dementsprechend gefüttert werden.
- Geburtshilfe und Neonatologie schieben sich gegenseitig die Verantwortung für den hypoxischen Hirnschaden zu.
- Gutachten stellen sowohl grobe Fehler in der Geburtshilfe als auch Fehler bei der postnatalen Beatmung fest.



Kayra

- Schwangere, 39 SSW, stellt spät nachmittags verminderte Kindsbewegungen fest und begibt sich zur betreuenden Hebamme.
- Hebamme macht „Kniebeugentest“ und fährt ein CTG. CTG ist suspekt. Nach 5 min Papierstau. Hebamme bricht daraufhin CTG ab und sagt der Schwangeren, sie solle am nächsten Morgen in die Geburtsklinik gehen.
- In der Geburtsklinik wird ein CTG erstellt, das hoch pathologisch ist. Entschluss zum Kaiserschnitt. Kaiserschnitt erfolgt 60 Minuten später.
- Kayra erleidet schweren hypoxischen Hirnschaden.



Was unterscheidet diese Kinder, was haben sie gemeinsam...

Unterschiede

- Jedes Kind ist anders. Hypoxischer Hirnschaden ist nicht gleich hypoxischer Hirnschaden. Deutliche Unterschiede in Schwere und Art der Beeinträchtigung.
- Unterschiedliche Wahrnehmungsfähigkeiten und- qualitäten, sowie Äußerungsmöglichkeiten, die z.T. erst durch moderne computergestützte Hilfsmittel objektiviert werden können.

Gemeinsamkeiten

- Die Liebe ihrer Eltern,
- Die Isolation der Familien mit behinderten Kindern,
- Der tägliche Kampf um Hilfsmittel und Hilfen,
- Die alltägliche Diskriminierung.



Behandlungsfehler und Aufklärungsversäumnisse

- 1. in der Schwangerschaftsbetreuung**
- 2. beim perinatalen Management**
- 3. unter der Geburt**

Insbesondere:

- CTG und MBU
- Aufklärung über alternative
Entbindungsmöglichkeiten/Kaiserschnitt
- E-E-Zeit

(4. in der neonatologischen Versorgung)



RECHTSQUELLEN

Richtlinien

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die ärztliche Betreuung
während der Schwangerschaft
und nach der Entbindung
(„Mutterschafts-Richtlinien“)

In der Fassung vom 10. Dezember 1985

(veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60a vom 27. März 1986)

Zuletzt geändert am 24.04.2014

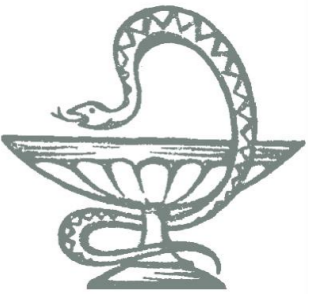
Veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 27.06.2014 B3

In Kraft getreten am 28. Juni 2014

- Die vom Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGBV) in Verbindung mit § 24 und § 24e SGB V bzw. § 8 Absatz 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) beschlossenen Richtlinien dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (§§ 2 Absatz 1, 12 Absatz 1, 28 Absatz 1, 70 Absatz 1 und 73 Absatz 2 SGB V).

Allgemeines

- Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden.
- Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten.



Das BSG geht von der normgleichen Verbindlichkeit der Richtlinien des GBA aus (BSG 78, 70):

„An die Entscheidungen des Bundesausschusses über den Ausschluss bestimmter Methoden sind Verwaltung und Gerichte im Grundsatz ebenso gebunden, wie wenn die Entscheidung vom Gesetzgeber selbst getroffen wird.“

Die Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Versorgung der Kassenpatienten gem. § 91ff. SGB V

sind verbindlich.

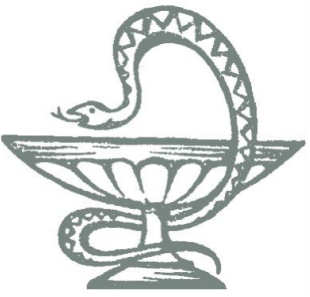
Geiß/Greiner, Arzthaftungspflichtrecht, 7. Aufl., S. 75

„Sie legen den Standard insoweit fest, als eine Unterschreitung unzulässig ist.“



Die Nichteinhaltung bzw. der Verstoß gegen eine Richtlinie der Bundesausschüsse für Ärzte bedarf einer besonderen medizinischen Rechtfertigung und indiziert im Einzelfall auch das Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

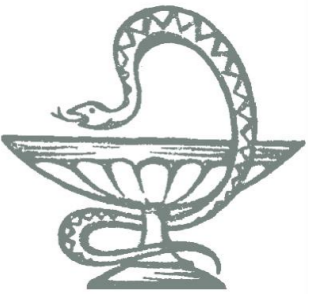
- Richtlinien sind anders als Leitlinien Maßstab für den Standard.
- Richtlinien dürfen nicht unterschritten werden.
- Ihre Unterschreitung ist unzulässig und ein Indiz für einen Behandlungsfehler.
- Zusammenfassende Darstellung der Rechtsprechung und Diskussion zur Relevanz von Leitlinien und Richtlinien in Martis/Winkhart, *Arzthaftung*, 4. Aufl., S. 571 ff.



Behandlungsfehler in der pränatalen Versorgung sind zumeist Befunderhebungsfehler

Viehweg, u.a. Schwangerenvorsorge

- „Ziel der Mutterschaftsrichtlinien ist die Abwendung möglicher Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind sowie die frühzeitige Erkennung mütterlicher und kindlicher Gesundheitsstörungen einschließlich der rechtzeitigen Zuführung zu einer weiteren Diagnostik und ggf. Behandlung. Die Mutterschaftsvorsorge ist somit ein Präventionsprogramm, dessen vorrangiges Ziel und Effizienz in der frühzeitigen Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten bestehen...“



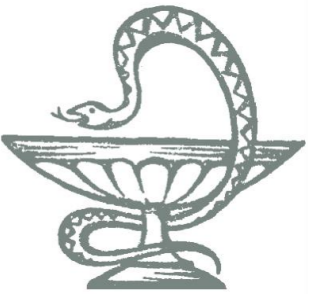
Beispiele aus der Rechtsprechung

- OLG München, OLGR 2001, 109:
- „Bei erkennbaren Entwicklungsstörungen des ungeborenen Kindes ab der 33. SSW muss der Gynäkologe einen Spezialisten hinzuziehen oder die Schwangere in ein Perinatalzentrum einweisen. Erforderlich ist eine verstärktes Risikomanagement, insbesondere zusätzliche Untersuchungen wie Ultraschallmessungen, CTG und Messungen des Schädel- und des Thoraxdurchmessers.“

OLG Köln, Urteil vom 06.03.2002 (AHRS III, 1948/302):



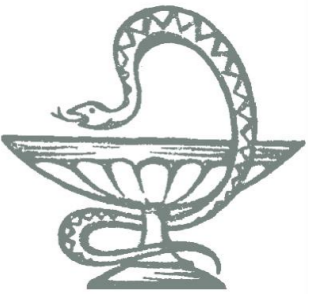
- „In dem Unterlassen der vorgeburtlichen Schätzung des Geburtsgewichts kann eine Verletzung der Befunderhebungspflicht liegen.“



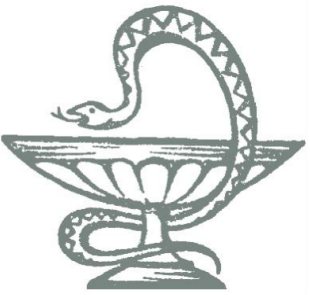
OLG Hamm, Urteil vom 30.01.2008 (AHRS III, 1948, 307):

„Treten bei einer hochschwangeren Frau ein Fruchtwasserverlust und periodische Schmerzen im Sinne von möglichen Wehen auf, sind weitere Untersuchungen des Muttermundzustandes vorzunehmen. Außerdem hat in einem solchen Fall eine tägliche Kontrolle der Entzündungszeichen durch eine CRP-Messung und eine Leukozyten-Bestimmung zu erfolgen.“

Schwangerschaftsbetreuung



- Mutterschaftsrichtlinien erfordern ein **abgestuftes und risikoadaptiertes Schwangerschaftsmanagement.**



DGGG Leitlinienregister 2010

4 Medizinrecht

4.4 Pränatal- und Geburtsmedizin

4.4.1 Empfehlungen zu den ärztlichen
Beratungs- und Aufklärungs-
pflichten während der
Schwangerenbetreuung und bei der
Geburtshilfe

AWMF Leitlinienregister 015/043 (S1)

- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG),
Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AGMedR)
- **Empfehlungen zu den ärztlichen Beratungs- und
Aufklärungspflichten während der
Schwangerenbetreuung und bei der Geburtshilfe**

Schnittstellenproblematik



- Beim Übergang von frauenärztlicher Schwangerschaftsbetreuung und Entbindungsklinik dürfen die erfassten und notwendigen Informationen nicht verlorengelassen (vgl. auch OLG Karlsruhe 15.02.2018 – 7 U 182/16).

AWMF online

Arbeitsgemeinschaft der **W**issenschaftlichen **M**edizinischen **F**achgesellschaften



Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin + der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin

AMWF-Leitlinien-Register Nr. 024/001 Entwicklungsstufe: 1+IDA

Indikationen zur **Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe**

- Die in dieser Leitlinie vorgeschlagenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind medizinisch notwendig und entsprechen dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft.



- Insbesondere Mutterschaftsrichtlinien A Nr. 8.:

„Der betreuende Arzt soll die Schwangere in der von ihr gewählten Entbindungsklinik rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen.“

Insbesondere Mutterschaftsrichtlinien B: Erkennung und besondere Überwachung der Risikoschwangerschaften und Risikogeburten

nach Anamnese

nach Befund

(detaillierter Katalog, welche Risiken nach den Mutterschaftsrichtlinien beachtet werden müssen (u.a. Zustand nach Sectio; Erstgebärende über 35; Diabetes mellitus; Mehrlinge; Überschreitung des Geburtstermins etc.))



Fall:

Schnittstellenproblematik – Zusammenarbeit niedergelassener
Frauenarzt/Entbindungsklinik

22-jährige Erstgravida, ET 24.01.2018

Blutdruckwerte

9. SSW		175/100 mmHg
14./15. SSW	(23.07.2017)	150/110 mmHg
23. SSW	(18.09.2017)	160/90 mmHg
27. SSW	(22.10.2017)	155/110 mmHg
31. SSW	(12.11.2017)	140/100 mmHg
33. SSW	(03.12.2017)	150/90 mmHg
35. SSW	(17.12.2017)	180/100 mmHg

Schnittstellenproblematik



- Eintrag im Mutterpass:
- 03.12.2017 Rubrik Urin „Eiweiß positiv“
- Ersttrimester-Untersuchung am 18.06.2017
- Zweittrimester – Untersuchung 18./19. SSW (20.08.2017)
- Dritttrimester – Untersuchung 31. SSW (12.11.2017),
- Eintrag im Mutterpass unter Rubrik „Entwicklung nach Ultraschallbefund zeitgerecht/unauffällig“ ...: „Ja“

Schnittstellproblematik



31.12.2017 9.00 Uhr, stationäre Aufnahme bei regelmäßiger Wehentätigkeit

Blutdruck: 150/105; 170/120; Eiweiß „+++“

37. SSW mit Kontraktionen

CTG ab 9.00 Uh eingeengt tachycard, silent

10.00 Uhr Kreißsaalaufnahme

11.26 Uhr Notsectio 1.740g, Apgar 3/7/..., pH-Wert 7,06m 36+4

Beinbetonte cerebrale Bewegungsstörung mit spastischer Tetraparese

Schnittstellenproblematik



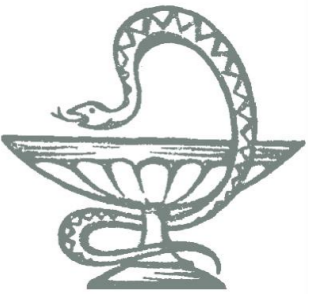
Privatgutachter:

- „Bei Frau H. lag ein befundetes Schwangerschaftsrisiko (chronische Hypertonie) vor, welches entsprechend den Mutterschaftsrichtlinien sowie den Leitlinien der DGGG zur Einweisung der Schwangeren in die mutmaßliche Entbindungsklinik hätte führen müssen.
- Sorgfaltsfehlerhaft ist diese Vorstellung in einer leistungsfähigen Geburtsklinik nicht erfolgt, ebenso ist sorgfaltsfehlerhaft das befundete Risiko „**Hochdruck**“ in der Schwangerschaft nicht in der entsprechenden Rubrik im Mutterpass eingetragen worden...“



Gerichtsgutachter:

- „Bei Frau H. lag eine Risikoschwangerschaft vor, die bereits von der ersten Vorsorgeuntersuchungen an als solche zu erkennen war. Zunächst nur als rein chronische Hypertonie erkennbar, traten dann im weiteren Verlauf die weiteren Symptome einer Plazentainsuffizienz mit asymmetrischer Wachstumsretardierung beim Feten auf. Weder das Vorliegen des pathologisch erhöhten Blutdrucks noch die Wachstumsretardierung haben beim behandelnden Arzt zur fachgerechten Intensivierung der Betreuung und der entsprechenden zeitnahen Vorstellung in der Geburtsklinik geführt. Dies muss als grob fehlerhaft gewertet werden.“



Behandlungsfehler und Aufklärungsversäumnisse

2. beim perinatalen Management



Geburtshilfe

Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung

AG Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

- „Das Versorgungsniveau von Frauen und Kindern in der Geburtshilfe ist unabhängig von Ort und Krankenhausgröße und unabhängig von der Uhrzeit jederzeit zu realisieren.“

Perinatales Management



Das perinatale Management hat sich entsprechend dem Schwangerschaftsrisiko einzurichten; insbesondere bei vorzeitigem Blasensprung und/oder Frühgeburtlichkeit muss nachhaltig und intensiv reagiert und kontrolliert werden.

Feige, Kreißsaalkompendium, Kreißsaalstandard, S. 173

„Notwendig ist eine risikoadaptierte und vorausschauende Geburtsbetreuung“

Perinatales Management



BGH, AHRS II, 1220/112, 10:

„Es muss ein „Sicherheitsprogramm“ anlaufen, um bei Erreichen der 24-Stunden-Grenze ein Amnioninfektionssyndrom sicher auszuschließen.“

OLG Celle, AHRS 2500/75, 210, 212; OLG Düsseldorf, AHRS 5000/47, 80;

OLG Hamburg, AHRS 6565/23; OLG Oldenburg, AHRS II, 2500/155, 124:

„Gegen die Infektionsgefahr beim vorzeitigen Blasensprung muss die Geburt kurz gehalten werden und unter ständiger ärztlicher Beobachtung und Kontrolle ablaufen.“

Perinatales Management

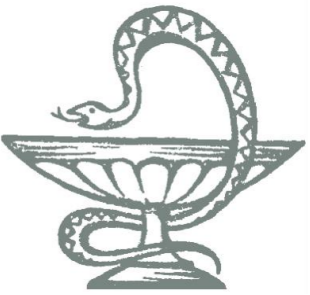


OLG Hamburg, AHRS 6565/23, 30

„Wird die nach einem vorzeitigen Blasensprung in der 36. SSW gebotene Kaiserschnittentbindung hinausgezögert, so liegt ein grober Behandlungsfehler vor, den dem Arzt die Beweislast für das Fehlen der Schadensursächlichkeit auferlegt.“

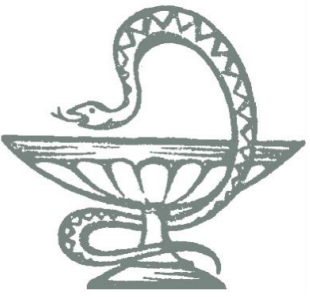
OLG Hamm, Urteil vom 03.05.1995 (AHRS II 1955/105):

„Nach Eintritt der Eröffnungsphase einer Frühgeburt sind eine kontinuierliche CTG-Kontrolle sowie eine Kontrolle des Muttermundes erforderlich.“



OLG Stuttgart, Urteil vom 13.04.1999, AHRS II, 1955/121:

„ Bei der Eingangsuntersuchung einer Schwangeren nach Blasensprung muss die Lage des Kindes sicher abgeklärt werden. Darüber hinaus muss der Höhenstand des Feten zuverlässig festgestellt werden. Das Unterlassen der Erhebung dieser grundlegenden Befunde begründet einen Behandlungsfehler.“



Behandlungsfehler unter der Geburt

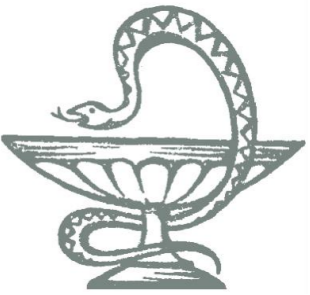
Behandlungsfehler und Aufklärungsversäumnisse

3. unter der Geburt

Insbesondere :

- CTG und MBU
- Aufklärung über alternative Entbindungsmöglichkeiten/
Kaiserschnitt
- E-E-Zeit
- unzureichende Organisation/Zusammenarbeit zwischen Hebamme
und Facharzt

Behandlungsfehler unter der Geburt



Insbesondere:

CTG und MBU

Die Kardiotokographie ist ein unverzichtbarer Teil der fetalen Überwachung während der Schwangerschaft und unter der Geburt. Bei Veränderungen der fetalen Herzfrequenz ist ein abgestuftes und differenziertes Behandlungskonzept notwendig.



Behandlungsfehler unter der Geburt

OLG München, AHRS 3010/38; OLG Oldenburg, VersR 1997, 1236;

OLG Celle, AHRS 2500/71; OLG Stuttgart, AHRS 2500/56:

„Es gehört zum zwingenden geburtshilflichen Standard, den Geburtsverlauf sorgfältig, insbesondere mittels CTG, zu überwachen.“

OLG Oldenburg, VersR 1991, 1177, OLG Schleswig, VersR 1994, 1068;

OLG Oldenburg, VersR 1993, 1021

„Der Abbruch einer CTG-Kontrolle trotz suspektem Verlauf ist grob fehlerhaft; die weitere CTG-Kontrolle ist medizinisch zweifelsfrei geboten.“



Behandlungsfehler unter der Geburt

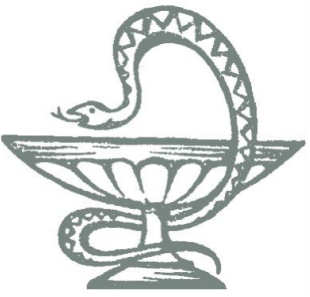
OLG Oldenburg, VersR 1997, 1236; OLG München, VersR 1991, 586:

„Die Hebamme muss ein pathologisches CTG erkennen und die ärztliche Entscheidung darüber herbeiführen, wie weiter verfahren werden soll. Der Arzt ist sofort hinzuzuziehen und muss über die weiteren Geburtsmaßnahmen entscheiden.!

OLG Oldenburg, AHRS 3210/100:

„Die Hebamme muss auch Präpathologien im CTG erkennen können und bei ihrem Vorliegen rechtzeitig den Arzt hinzuziehen.“

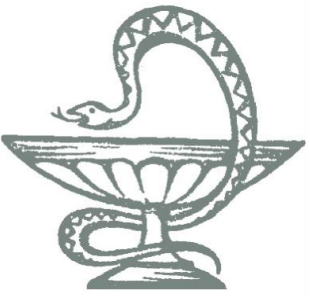
„Mikroblutuntersuchungen sind bei auftretenden CTG-Pathologien Befunde, die medizinisch erhoben werden müssen (.Befunderhebungsmangel!).“



Immer wiederkehrende Behandlungsfehler in der Geburtshilfe

„Die typischen geburtshilflichen Risikofälle“ sind

- keine rasche Geburtsbeendigung bei drohender intrauteriner Asphyxie („time is brain“), weil
 1. das CTG nicht geschrieben oder falsch interpretiert wird,
 2. die notwendigen Entscheidungen mit erheblicher Verzögerung getroffen werden,
 3. die medizinisch gebotene Mikrobiutuntersuchung verabsäumt wird.



Immer wiederkehrende Behandlungsfehler in der Geburtshilfe

- keine engmaschige Beobachtung von Reaktion auf Entzündungsparameter bei vorzeitigem Blasensprung (s.o.)
- Nichterkennen von Prodromal-Symptomen bei Frühgeburtsgefahr (s.o.)
- unzureichende Reaktion auf und Kontrolle der intrauterinen Wachstumsreduktion (s.o.)

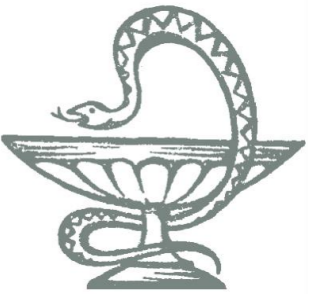
Aufklärungsfehler in der Geburtshilfe



Insbesondere:

Aufklärung über alternative Entbindungsmöglichkeiten

Bestehen deutliche Anzeichen dafür, dass im weiteren Verlauf eines Entbindungsvorganges eine Situation eintreten kann, in der eine normale vaginale Entbindung kaum noch in Betracht kommt, sondern eine Schnittentbindung notwendig oder zumindest zu einer echten Alternative zu einer vaginalen Geburt wird, dann muss der geburtsleitende Arzt die Mutter bereits zu einem Zeitpunkt über die unterschiedlichen Risiken der Entbindungsmethoden aufklären und die Entscheidung einholen, zu dem sie sich noch in einem Zustand befindet, in dem diese Problematik mit ihr besprochen werden kann (grundlegend BGH, AHRS II, 4490/100).



Typischer Fehler: Kaiserschnitt kommt zu spät

E-E-Zeit = Zeit zwischen Entscheidung und Entbindung

OLG Braunschweig, MDR 1998, 907:

„Ein Notfallkrankenhaus muss sicherstellen, dass eine erforderlich sofortige Schnittentbindung innerhalb von 20 Minuten nach Indikationsstellung durchgeführt werden kann.“

OLG Saarbrücken, OLGR 1999, 460:

„Seit 1996 ist eine E-E-Zeit von 20 Minuten einzuhalten.“

Zu spät durchgeführter Kaiserschnitt



Genauer: **E-E-E-Zeit: Erkennen, Entscheidung, Entbindung**

Feige, Frauenheilkunde 2001, 422:

„Die Leistungsfähigkeit einer Geburtsklinik kann (...) daran gemessen werden, wie kurz die Zeitdauer zwischen Erkennen der Notsituation und Entscheidung zur notfallmäßigen Entbindung ist.“

Zu spät durchgeführter Kaiserschnitt



„Wird bei einer akuten Bradykardie eine maximale Erkennen-Entscheidung-Zeit von 5 Minuten akzeptiert, so ergibt sich eine zu fordernde Erkennen-Entscheidung-Entwicklungszeit (E-E-E-Zeit) von 15 bis maximal 25 Minuten. Die E-E-E-Zeit entspricht der Zeitdauer des akuten intrauterinen Sauerstoffmangels bei peristierender Bradykardie.“

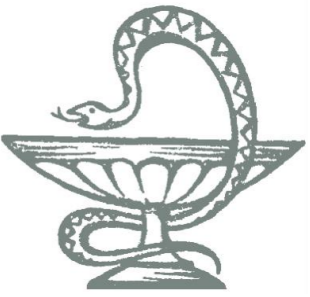
Kastendieck, Geburt II, 2007, 17

Zu spät durchgeführter Kaiserschnitt



OLG Hamm, VersR 1980, 648:

„Es stellt einen groben Behandlungsfehler dar, wenn in einer Entbindungsstation eines Krankenhauses der behandelnde Arzt zu der Zeit nicht anwesend ist, in der über das weitere ärztliche Vorgehen eine Entscheidung getroffen werden muss.“



Zu spät durchgeführter Kaiserschnitt

OLG München, VersR 1991, 586:

„Es muss organisatorisch sichergestellt sein, dass die erforderliche Entscheidung zur Notsectio rechtzeitig getroffen werden kann.“

OLG Schleswig, AHRS II, 2500/103:

„Bei feststellbarer Sauerstoffminderversorgung, wiederholtem Abfall der Herzfrequenz und Eintritt eines Geburtsstillstandes ist unverzüglich die Entscheidung über eine Schnittentbindung herbeizuführen.“

„Typischer“ Ablauf von Fehlentscheidungen



Fall:

Perinatales Management bei CTG-Pathologien

Zweitgebärende; errechneter Entbindungstermin 20.03.2014

18.03.2014, 13.00 Uhr: nach beginnender Wehentätigkeit
ambulante CTG-Kontrolle bei niedergelassener Frauenärztin
von 13.05 Uhr bis 13.25 Uhr

„7 Punkte nach Fischer Score →Kreißsaal,
frühe Dezelerationen“



14.00 Uhr Eintreffen im Klinikum H. mit Krankentransportwagen

14.05 Uhr Kreißsalaufnahme und Untersuchung durch Stationshebamme

Ab 14.20 Uhr CTG

14.28 Uhr frustraner Weckversuch

14.40 Uhr Lagerungswechsel

14.43 Uhr Information der Stationsoberärztin durch Hebamme



- 14.50 Uhr Anwesenheit der Stationsoberärztin
- 14.55 Uhr Partusisten (Wehenhemmer)
- 15.00 Uhr Indikation zur Sectio
- 15.20 Uhr OP-Lagerung
- 15.40 Uhr Entwicklung des leblosen Kindes;
pH 6,581; BE-24,6; Apgar 0/0/1



Urteil des LG Berlin vom 11.07.2018

- „Es war bereits fehlerhaft, in Anbetracht der Einlieferung der Mutter mit einem Krankentransportwagen und in Anlehnung an die Eintragungen im Mutterpass, auf eine ärztliche Eingangsuntersuchung zu verzichten und nicht sofort ein weiteres CTG abzuleiten.“
- „Ebenfalls war fehlerhaft, dass die Hebamme beim Auftreten von Regelwidrigkeiten nicht unverzüglich einen Arzt hinzuzieht. Dieser Arztruf musste hier spätestens 10 Minuten nach dem Beginn der Ableitung erfolgen.“
- Die Entscheidungszeit zum Kaiserschnitt war mit 40 Minuten deutlich verspätet.“



- „Darüber hinaus war die Zeit von der Indikationsstellung zum Kaiserschnitt bis zur Entwicklung des Kindes mit 40 Minuten deutlich zu lang.“
- „Als unpassend empfindet die Kammer die vorgetragene Rechtfertigung der Beklagten, wonach die Umbau bedingte Pavillon-Bauweise des Hauses einen Grund für hinzunehmende Zeitverzögerungen darstelle...“
- ... Den innerhalb der Klinikträgerschaft handelnden verantwortlichen Personen musste umso mehr klar sein, dass sie sehenden Auges Patienten durch unverantwortliche Organisationsstrukturen gefährden.“

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Jörg F. Heynemann

Fachanwalt für Medizinrecht

Brunnenstraße 37

10115 Berlin

www.medizinrecht-heyneemann.de

kanzlei@medizinrecht-heyneemann.de

+49 (0)30 88 71 50 88