

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Husslein P

Haftungsfragen in Geburtshilfe und Gynäkologie

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2008; 26 (4)
(Ausgabe für Österreich), 10-12*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2008; 26 (4)
(Ausgabe für Schweiz), 10-10*

Homepage:

www.kup.at/speculum

**Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Haftungsfragen in Geburtshilfe und Gynäkologie

P. Husslein

Schulterdystokie/Wunsch nach Kaiserschnitt unter der Geburt – und was man sonst aus einem OGH-Urteil lernen kann...

Fallbericht

Erstgebärende Asiatin, 148 cm, 43 kg zu Beginn der Schwangerschaft, unauffälliger Schwangerschaftsverlauf. Letzte Gewichtsschätzung in der 36. Schwangerschaftswoche (SSW): 2.900 g.

Die Patientin macht sich wegen der Größe des Kindes Sorgen, trotzdem findet kein strukturiertes Gespräch über den Geburtsmodus statt („man wird sehen, wie es geht“).

39. SSW, spontaner Wehenbeginn, Blasenprung bei noch unreifer Portio und hochstehendem Schädel; schleppender Geburtsverlauf, Betreuung weitgehend durch eine Hebamme.

Knapp 24 Stunden nach Wehenbeginn ist der Muttermund verstrichen, Schädel -1 → Synto → pathologisches CTG → Vakuumextraktion. Im Zuge der Vakuumextraktion kommt es zu einer *Schulterdystokie*.

Eine Dokumentation über die durchgeführten Manöver zur Extraktion des Kindes findet sich in der Krankengeschichte nicht, lediglich der Eintrag „Schulterdystokie, schwere Entwicklung“.

Knabe 3.600 g, 50 cm, Kopfumfang 35,5, Schulterumfang nicht angegeben. Apgar 7/9/10; pH 7,21, *Plexusläsion rechts*. Physiotherapie ohne Erfolg.

Neuropädiatrisches Gutachten: Komplette Plexus-brachialis-Läsion mit Abriss aller Nerven („somit muss leider gesagt werden, dass dieser rechte Arm unbrauchbar und funktionslos bleiben wird“).

Geburtshilfliches Privatgutachten: Beckenmaße pathologisch verengt, Conjugata externa 17 cm.

Erstgericht

Der Geburtshelfer liefert eine nachträglich erstellte, ausführliche Beschreibung der entsprechenden Manöver zur Schulterentwicklung und trägt diese als Zeuge vor. Die Patientin und ihr Mann hingegen behaupten, es sei lediglich Druck auf den Oberbauch ausgeübt worden, während von unten gezogen wurde. Die Patientin gibt außerdem an, dass sie laufend nach einem Arzt gefragt habe, der allerdings nie gekommen sei. Sie hätte um einen Kaiserschnitt ersucht, die ihre Schwangerschaft betreuende Gynäkologin hätte nur gemeint, wenn etwas nicht in Ordnung sei, solle man sie rufen.

Das *Erstgericht* weist die *Klage ab* und konzentriert sich dabei ausschließlich auf medizinische Fragen der Vorhersehbarkeit und der Handhabung der Schulterdystokie (?).

Das *Berufungsgericht* konzentriert sich auf die ärztliche Aufklärungspflicht und *gibt der Klage wegen mangelhafter Aufklärung statt*: Auf Wunsch des Patienten sei der Arzt als Ausfluss des Behandlungsvertrages zu einer medizinischen Aufklärung auch dann verpflichtet, wenn er aufgrund seines medizinischen Fachwissens einen Kaiserschnitt nicht als indiziert ansehe. Auch wenn die Anwesenheit einer Hebamme der Geburt ohne Risikofaktoren genüge, sei von ihr nach einem solchen Begehren der Arzt zu rufen, dieser habe für eine medizinische Aufklärung zur Verfügung zu stehen, wenn dies die Patientin wünsche.

Der *Oberste Gerichtshof* (5 Ob 162/03i) *bestätigt dieses Urteil* und hält zusätzlich

noch fest: „Es ist nicht nachvollziehbar, warum ab dem Beginn des Geburtsvorgangs schlechthin keine ärztliche Aufklärungspflicht mehr bestehen sollte. Dass die Mutter des Klägers zum Zeitpunkt ihres Ersuchens nicht mehr in der Lage gewesen wäre, die erbetene ärztliche Meinungsäußerung zu verstehen und eine eigenverantwortliche Entscheidung über die Entbindungsart zu treffen, hat die beklagte Partei nicht nachgewiesen. Auch andere Patienten werden sich häufig in Ausnahmesituationen befinden, ohne dass deshalb eine ärztliche Aufklärung jedenfalls sinnlos wäre.“

Kommentar

a) Medizinische Aspekte

- Bei einer kleinen Patientin und einem im Ultraschall groß eingeschätzten Kind ist es klug, an eine primäre Sectio zu denken.
- Bei einer kleinen Patientin und einem protrahierten Geburtsverlauf sollte vor der Gabe von Syntocinon und zuletzt vor der Verwendung eines Vakuums noch einmal an ein Missverhältnis zwischen dem großen Körper des Kindes und einem möglichen engen Becken der Mutter gedacht werden.
- Bei Auftreten einer Schulterdystokie ist – je nach der klinischen Situation – eines oder mehrere der empfohlenen Manöver durchzuführen:
 - McRoberts: Beine in Hüfte so weit als möglich strecken, dann Oberschenkel in Steinschnittlage hochnehmen.
 - Suprapubischer Druck auf die kindliche Schulter zur Mobilisation der Schulter hinter der Symphyse.
 - Wood'sches Korkziehermanöver: Eingehen von Zeige- und Mittelfinger an die Brustseite des Kindes und Druck nach lateral auf die hintere Schulter, die äußere Hand dreht

dabei die vordere Schulter in Gegenrichtung.

- Extraktion der hinteren Schulter durch Eingehen der Hand von der Bauchseite des Kindes in die Kreuzbeinhöhle und anschließendes „Herunterwischen“ des hinteren Arms unter maximalem Zug des Kopfes nach oben und als Ultima Ratio.
- Das Manöver nach Zavanelli: Kopf flektiert wieder zurück in die Scheide, um eine Akutsectio vorzunehmen.

und entsprechend zu *dokumentieren!*

b) Zur Frage der Autonomie der Schwangeren

- Der Oberste Gerichtshof hat mit diesem Urteil festgelegt, dass auch bei fehlender medizinischer Indikation eine Schwangere – auch unter der Geburt (!) – das Recht hat, von sich aus die Möglichkeit einer Kaiserschnittentbindung ins Spiel zu bringen. Der Arzt muss in einer solchen Situation eine Aufklärung über beide Möglichkeiten anbieten und schlussendlich dem Wunsch der Schwangeren folgen.
- Ist der Arzt der Auffassung, dass die Schwangere nicht mehr einsichts- oder entscheidungsfähig ist, so hat er dies nachzuweisen. Dann hat er den *mutmaßlichen Willen der Schwangeren* umzusetzen (und nicht einen Angehörigen zu fragen!).

Korrespondenzadresse:

o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein
 Vorstand der Universitätsklinik für
 Frauenheilkunde Wien
 Medizinische Universität Wien
 A-1090 Wien, Währinger Gürtel 8–10
 E-Mail: peter.husslein@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung