

SPECULUM

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

Brezinka C

Haftungsfragen in Gynäkologie und Geburtshilfe

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2009; 27 (1)
(Ausgabe für Österreich), 28-30*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2009; 27 (1)
(Ausgabe für Schweiz), 28-28*

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

C. Brezinka

Einführung

*Lange Zeit galt ein ehernes Gesetz in Arzthaftungsfragen: Wer als letzter mit dem Patienten zu tun hatte, den „erwischt“ es, wenn es zu einem ungünstigen Ausgang kommt. Dies ändert sich zunehmend. Immer häufiger wollen Gerichte wissen, wie es überhaupt dazu kommen konnte, dass ein Arzt in einer Situation ist, in der sein Handeln nicht das ideale **Outcome** hat. Im konkreten Fall ging es um eine Vaginalgeburt aus Beckenendlage, die stattfand, als gerade die Sectio vorbereitet wurde. Ein rasch herbeigeholter Oberarzt, der noch von der alten Schule war und gelernt hatte, Beckenendlagen zu entwickeln, konnte Schlimmeres verhindern und das Kind mit einer klassischen Armlösung mit relativ gutem Apgar und pH zur Welt bringen. Als die Eltern dann wegen einer Läsion des Erb'schen Plexus klagten, ging es dem Gericht nicht um die Technik der Armlösung, sondern um die Verhaltensweisen, Hausbräuche und Aussagen, die im Vorfeld zu der Situation einer Vaginalgeburt aus BEL kurz vor der Sectio geführt hatten.*

Richtiges medizinisches Handeln – im verkehrten Kontext

Fallbericht

Bei einer 34-jährigen Erstgebärenden wurde in der 36. SSW einer bisher unauffällig verlaufenen Schwangerschaft, eine Beckenendlage (BEL) festgestellt. Sie wurde zur äußeren Wendung in das nahegelegene Landeskrankenhaus eingewiesen. Da sie beim ersten Wendungsversuch nicht nüchtern war, wurde sie gleich wieder heimgeschickt und in der 37. SSW erneut aufgenommen. Obwohl die Ärzte laut Aussagen der Patientin „einen ganzen Vormittag lang“ versuchten, das Kind zu wenden, gelang der Eingriff nicht, es blieb in BEL. Die Dauer-CTG-Registrierung war während des ganzen Verlaufs unauffällig, die Patientin blieb über Nacht zur Beobachtung stationär aufgenommen. Als sie vor der Entlassung in Anbetracht der frustranen Wendungsversuche den Wunsch auf einen Kaiserschnitt deponierte, wurde dies von den Ärzten nicht akzeptiert und ihr erklärt, das könne man erst entscheiden, wenn die Geburt begonnen habe. Drei Wochen später, in der

39. SSW, wies sie ihr niedergelassener Gynäkologe erneut in das Landeskrankenhaus zu, wo sie ein Oberarzt untersuchte und ihr den Standpunkt des Hauses zur Beckenendlage erläuterte: Man werde „auf jeden Fall einmal eine Vaginalgeburt anstreben, gegebenenfalls unter der Geburt sich zu einer Sectio entscheiden“. Nach einem unauffälligen CTG konnte sie wieder heimgehen.

Einen Tag vor dem errechneten Geburtstermin hatte die Patientin um ca. 7 Uhr früh einen Blasensprung, wobei ihr auffiel, dass das Fruchtwasser „fast schwarz“ war. Sie rief die Rettung und wurde vom Rettungswagen ins Landeskrankenhaus gebracht, wo sie um ca. 7:45 Uhr eintraf. Beim Ausladen aus dem Rettungswagen verspürte sie die ersten Wehen. Im Kreißaal wurde sie zunächst an ein CTG-Gerät angeschlossen. Bei der Aufnahmeuntersuchung durch den Kreißaalassistenten bestätigte dieser die nach wie vor bestehende Beckenendlage, der Muttermund war 1 cm geöffnet, das Fruchtwasser wurde als „missfärbig“ beschrieben.

Die Patientin äußerte einen dezidierten Wunsch nach Sectio. Dieser Wunsch wurde zur Kenntnis genommen und gemäß dem internen Protokoll der Abteilung alles in die Wege geleitet, um im Lauf des Vormittages diese Sectio durchzuführen. Kurz nach 9 Uhr läutete die Patientin der Hebamme und erklärte ihr, dass sie extrem starke Wehen verspürte. Die Hebamme erklärte, das seien keine Wehen, weil das CTG-Gerät nichts aufzeichne. Um 9:45 Uhr, die Patientin war mittlerweile im Umlagerbereich des Sectio-OPs, wurde der Assistent gerufen weil die Patientin erneut starke Wehen angab. Er untersuchte sie und stellte fest, dass der Steiß in Beckenmitte war und der Muttermund im Verstreichen.

Der zuständige Oberarzt wurde gerufen und war sehr rasch zur Stelle. Die Patientin selbst erlebte die Situation so, dass „alle zusammenstürzten“, sie dachte schon, das Kind sei tot. Sie hatte den Eindruck, die Ärzte seien in Panik. Der herbeigeeilte Oberarzt stellte fest, dass bei dem Befund an keinem Kaiserschnitt mehr zu denken war, informierte die Patientin entsprechend und setzte die für eine Vaginalgeburt aus Beckenendlage notwendigen Schritte. Einige Minuten später kam es im CTG zu einer längeren Dezeleration. Weitere Dezelerationen wiederholten sich in den nächsten Minuten, dann kam es zu einer Wehenschwäche. Der schon laufende Oxytocin-Wehentropf wurde gesteigert; nachdem der Steiß aufstieg, wurde zunächst eine Armlösung nach Müller versucht; als dies nicht das gewünschte Resultat brachte, wurde eine klassische Armlösung durchgeführt. Die klassische Armlösung ging nicht leicht, vor allem für die Lösung des hinteren Armes war eine gewisse Kraftanstrengung nötig. Als das Kind schließlich – mit eher schlaffem Körpertonus – geboren war, wurde es den anwesenden Kinderärzten übergeben. Der Nabelarterien-pH betrug 7,14. Das Kind, das bei einer Länge von 49 cm 2.800 g wog, erholte sich rasch, wurde aber von den Kinderärzten doch gleich intubiert.

Bei dem Kind wurde eine Erb'sche Parese links festgestellt, die Eltern entschlossen sich, zu klagen. Verblüffend war an diesem Fall, dass von den Kollegen, die das Kind postpartal betreuten, mit aggravierenden Formulierungen in allen Schriftstücken ein besonders dramatisches Bild des Geburtsvorganges und seiner Folgen gezeichnet wurde. Die Erb'sche Parese wurde um eine Klumpke'sche Parese erweitert, Mutma-

ßungen über einen Einriss des Musculus sternocleidomastoideus und eine Luxation des Radiusköpfchens, rundeten das den Eltern vermittelte Bild einer schwerwiegenden Verletzung ab. Der oben beschriebene Geburtsverlauf findet sich in einem Arztbrief einer nachbetreuenden Abteilung, sogar als „*Vakuumentraktion bei Querlage und sekundärem Wehenstillstand*“ wieder.

Erstgericht

Sachverständig beraten, würdigte das Gericht das Vorbringen der Eltern des Kindes, und die Erwidern des beklagten Spitals. Verfahrensentscheidend war, dass die Patientin einerseits durch die frustrierten Wendungsversuche den Eindruck vermittelt bekommen hatte, dass eine BEL ein recht gefährlicher Zustand sei, den man beheben und vermeiden müsse, ihr andererseits in den Wochen zwischen den Wendungsversuchen und dem Geburtstermin nie die Möglichkeit gegeben wurde, den Wunsch nach einem Kaiserschnitt zu deponieren. Im Urteil schreibt das Gericht dazu: „*Dass nun die Patientin nicht ausdrücklich eine Kaiserschnittgeburt gefordert hatte, ist im Hinblick auf die Vehemenz, mit der die Ärzte ihr dies auszureden versuchten, durchaus verständlich und allein schon aus dem auch vor Gericht gezeigten äußerst selbstbewussten und dominanten Verhalten... gut nachvollziehbar. Dadurch musste für die Mutter des Klägers der Eindruck entstanden sein, dass nicht sie sich für eine Geburtsmethode entscheiden kann, sondern dass dies „kurzfristig“ von den Ärzten entschieden wird.*“

Für geburtshilflich tätige Ärzte ist folgende Passage aus der Urteilsbegründung relevant: „*Im gegenständlichen Fall wurde die Geburt des Klägers, welche schlussendlich dann aufgrund des rasch fortschreitenden Geburtsvorganges doch als Vaginalgeburt erfolgte, unter den gegebenen Umständen – BEL, Wehenschwäche, Dezelerationen im CTG – lege artis nach den allgemeinen Regeln und Sorgfaltsmaßstäben durchgeführt. Der diensthabende Oberarzt hielt den ärztlichen Standard ein, insbesondere war auf Grund der Gegebenheiten eine rasche Geburt im Hinblick auf mögliche größere Schädigungen des Klägers (Sauerstoffmangel des Gehirns) jedenfalls indiziert. Es ist somit den an dem Tag der Geburt behandelnden Ärzten keine Verletzung eines Sorgfaltsmaßstabes vorzuwer-*

fen ... Sorgfaltswidrig ist (aber) insbesondere die Vorgangsweise der beklagten Partei bzw. deren Personal im Vorfeld der Geburt, insbesondere dass sie sich nicht mit dem Wunsch der Schwangeren auseinandersetzte und ihr die Möglichkeit der Planung einer Sectio gab, vor allem, da eine solche – wie sich ja später bei der Geburt tatsächlich zeigte – nicht grundsätzlich von den Ärzten ausgeschlossen wurde. In diesem Fall hätte die Geburt ruhig und geplant als primäre Sectio ablaufen können und die Geburtskomplikationen, wie sie letztlich auftraten und zur Nervenschädigung des linken Armes des Klägers führten, wären mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit unterblieben. Es hat daher die beklagte Partei für die Fehler ihres Personals einzustehen und haftet dem Kläger dem Grunde nach für seine durch die Geburt verursachten Verletzungen.“

Bei Gerichtsverfahren haben auch immer nicht-klinische, atmosphärische Dinge einen hohen Stellenwert. Wenn man als Arzt einer beklagten Partei als Zeuge vernommen wird, ist es selten vorteilhaft, beim Auftritt im Zeugenstand alle Vorurteile zu bestätigen, die medizinische Laien über die stolzen, unnahbaren und unerschütterlich selbstbewussten Ärzte haben. Dieser Fall zeigt auch, dass den Gerichten die Komplexität der Abläufe in der Patientenversorgung und die nicht immer einfache Interaktion zwischen dem Bereich der niedergelassenen Ärzte, der Spitalsambulanzen und dem stationären Bereich durchaus bewusst ist. In diesem Fall war auch nicht das Handeln unter der Geburt haftungsbegründend, sondern die Weigerung, der Patientin in den Wochen vor der Geburt eine Mitsprachemöglichkeit bei der Festlegung des Geburtsmodus zu geben.

A.o. Univ.- Prof. Dr. Christoph Brezinka

Geboren 1956 in Salzburg. Medizinstudium und Facharztausbildung in Innsbruck. Mehrjähriger Aufenthalt an der Frauenklinik der Erasmus-Universität Rotterdam, niederländische Ph. D.-Promotion 1994. Habilitation in Gynäkologie und Geburtshilfe 1995 in Innsbruck mit dem Thema „Doppler-Ultraschall des fetalen Ductus arteriosus und des fetalen Ductus venosus in der Frühschwangerschaft“. Oberarzt an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Innsbruck und ärztl. Leiter der Hebammen-Fachhochschule Tirol. Leiter der Perinatal Doppler Focus Group und Mitglied des Ultrasound Safety Committee der ISUOG. Seit 1996 Gerichtsgutachter, seit 1999 Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Medizin und Recht der OeGGG.



Korrespondenzadresse:

Ao Univ.- Prof. Dr. Christoph Brezinka
 Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Innsbruck
 6020 Innsbruck, Anichstrasse 35
 E-Mail: christoph.brezinka@i-med.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](#)