

## Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Eine fehlerhafte Befunderhebung im Rahmen der Geburtsleitung kann zu haftungsrechtlichen Ansprüchen nicht unerheblichen Ausmaßes führen. Insbesondere können über eine Beweislastumkehr im Zweifel auch Dauerschäden zugerechnet werden.

### Anlass für die Schlichtung

Vermutet wurde eine fehlerhafte Behandlung während der Geburt. Auf das pathologische CTG (Cardiotokogramm) sei nicht reagiert worden und insbesondere sei kein Facharzt hinzugezogen worden. Eine Zustandsanalyse, Mikroblutuntersuchung und Sectio seien fehlerhaft nicht eingeleitet worden. Es waren bereits zwei Gutachten durch den Medizinischen Dienst (MD) eingeholt worden. Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen wurde dann konsultiert, um den Fall darüber hinaus begutachten und juristisch bewerten zu lassen.

### Die strittige Behandlung

Die Schwangerschaft der zum streitgegenständlichen Zeitpunkt 28-jährigen werdenden Mutter (I-Gravida, 0-Para) war unauffällig verlaufen. Am Morgen des 5. März kam es in der 37+1 SSW zu einem Blasensprung, sodass eine Vorstellung in einer niedersächsischen Klinik erfolgte. Im CTG ergaben sich hier zunächst keine Auffälligkeiten.

Gegen 13.50 Uhr wurde Misoprostol verabreicht; das CTG war weiterhin unauffällig. Um 17.50 Uhr wurde erneut Misoprostol verabreicht. Um 19.40 Uhr zeigte die CTG-Kontrolle dann eine prolongierte Dezeleration, die fetale Herzfrequenz war unauffällig. Zwischen 20.50 Uhr und 20.54 Uhr traten wiederum prolongierte Dezelerationen auf. Nach Gabe einer Ampulle Partusisten und Lagerung in Seitenlage kam es zu einer spontanen Erholung.

Die weiteren CTG-Kontrollen waren zunächst unauffällig. Um 23.10 Uhr traten dann rezidivierende variable atypische Dezelerationen auf. Nach kurzfristiger Erholung kam es ab 1.10 Uhr zu späten rezidivierenden Dezelerationen. Um 2.56 Uhr wurde schließlich bei suspektem CTG der Oberarzt konsultiert.

Um 4.00 Uhr war der Muttermund vollständig geöffnet. Um 4.45 Uhr erfolgte ein Pressversuch; der kindliche Kopf trat tiefer. Um 4.50 Uhr wurde der Entschluss zur Vakuumextraktion getroffen. Die Vakuumglocke löste sich hierbei zweimalig und musste neu angesetzt werden. Das Kind konnte schließlich in drei wehensynchronen Zügen entwickelt werden.

Um 5.05 Uhr wurde schließlich ein Mädchen geboren (Gewicht 2.800 g, Apgar 4/6/7). Festgestellt wurden ein verminderter Tonus nach Vakuumextraktion und eine dreimalige Nabelschnurumschlingung straff um den Hals. Es bestand ein pH 7,14, Base-Excess -9 mmol/l, Blutzucker 78 mg/dl. Sodann wurden umgehend Neonatologen angefordert, die um 6.45 Uhr anwesend waren und die Verlegung in die andernorts ansässige Kinderklinik einleiteten.

### Der weitere Verlauf

Im weiteren Verlauf kam es zu mehreren krampfverdächtigen Ereignissen. Es wurde ein Hirnödem vermutet, sodass das Mädchen am 7. März in ein Klinikum der Maximalversorgung verlegt wurde. Hier wurden postkontusionelle subarachnoidale Einblutungen bitemporal mit zusätzlichen Einblutungen links zerebellär intraparenchymal und hypophysär sowie schmale subdurale Hämatome rechts okzipital und zerebellär festgestellt. Diagnostiziert wurde schließlich eine hypoxisch-ischämische Enzephalopathie. Vom 1. Oktober jenes Jahres an besteht Pflegegrad 4.

### Die MD-Gutachten

Im weiteren Verlauf wurde bereits vom MD ein gynäkologisch-geburtshilfliches Gutachten erstellt. Demnach sei auf das suspekte CTG fehlerhaft reagiert worden. Es hätte spätestens um 3.05 Uhr eine Zustandsanalyse oder eine Geburtsbeendigung erfolgen müssen.

Darüber hinaus wurde ein neonatologisches MD-Gutachten erstellt. Der neonatologische Gutachter führte aus, dass das Kind asphyktisch geboren worden sei und die neurologischen Probleme als Folge der perinatalen Asphyxie zu bewerten seien. Die Dokumentation sei teilweise zu kritisieren; die Maßnahmen seien jedoch zeitgerecht erfolgt. Es lägen keine Versäumnisse in der Erstbehandlung des Kindes vor.

### Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle konsultierte gynäkologische Gutachter kam zu der Schlussfolgerung, dass unter anderem fehlerhaft keine Mikroblutuntersuchung veranlasst worden sei. Ab 3.05 Uhr hätte im Zweifel eine Sectio indiziert wer-



Foto: suszczynski – stock.adobe.com

Wird auf ein pathologisches CTG fehlerhaft reagiert, kann dies Haftungsansprüche in erheblichem Ausmaß nach sich ziehen.

den müssen. Kausal fehlerbedingt sei es zu einem anhaltenden Sauerstoffmangel nebst Entwicklung einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie und intrazerebralen Blutungen gekommen.

## Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachter an: Bis 23.10 Uhr lag ein unauffälliger Geburtsverlauf vor. Insbesondere waren um 20.54 Uhr weitere Maßnahmen noch nicht indiziert. Auf das dann vorliegende pathologische CTG wurde jedoch fehlerhaft reagiert.

### Im Einzelnen

Es lag ein vorwerfbarer Diagnosefehler vor: Das CTG wurde um 23.10 Uhr vorwerfbar fehlerhaft bewertet. Die um 23.10 Uhr aufgetretenen variablen atypischen Dezeleratio-

nen und die sich anschließende fetale Tachykardie wurden fehlerhaft nicht erkannt.

Unabhängig davon lag ein Befunderhebungsfehler vor: Spätestens bei Eintreten rezidivierender und anhaltender später Dezelerationen um 1.10 Uhr hätte – nach einer Beobachtungszeit von 30 Minuten – zwingend eine Mikroblooduntersuchung veranlasst und der Oberarzt konsultiert werden müssen.

Allerspätestens nach Ankunft des Oberarztes um 3.05 Uhr hätte in jedem Fall eine Mikroblooduntersuchung veranlasst werden müssen. Dies ist im vorliegenden Fall fehlerhaft unterblieben. Falls eine Mikroblooduntersuchung um 3.05 Uhr technisch nicht möglich gewesen wäre, hätte umgehend eine

Sectio indiziert und die Geburt damit beendet werden müssen. Zu dieser Einschätzung gelangte im Übrigen auch die Gutachterin des MD.

### Die Beweislastumkehr

Aus dem Befunderhebungsfehler resultierte im vorliegenden Fall eine Beweislastumkehr: Bei Durchführung einer Mikroblooduntersuchung um 1.40 Uhr, spätestens um 3.05 Uhr wäre mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine fetale Hypoxie nachgewiesen und damit ein reaktionspflichtiger Befund erhoben worden. Hierauf nicht zu reagieren, wäre als grob fehlerhaft zu bewerten.

### Der grobe Fehler

Der Sachverständige nahm hier sogar ein Handeln an, das aus objektiver Sicht nicht mehr nachvollziehbar und völlig

Anzeige

**M** LEASYMED

**Com<sup>2</sup>Med**  
PARTNER FÜR MEDIZIN + TECHNIK

**EIGENE PRAXIS?  
LIEBER MIETEN.**  
Risikoarm, planbar &  
einfach. **LEASYMED®**



spezialisiert auf Beratung & Fachplanung für Ärzt\*innen

Vollversorgungskonzept inkl. Ultraschall & Röntgen

IT-Kompetenz für Sicherheit & Digitalisierung

umfassendes technisches Service-Angebot

modernste Logistik inkl. Online-Bestellportal

[www.com2med.de](http://www.com2med.de)

unverständlich war, weil ein solcher Fehler schlechterdings nicht unterlaufen darf. Aus rechtlicher Sicht wäre insofern ein grober Behandlungsfehler zu subsumieren gewesen. Dies konnte letztlich dahingestellt bleiben, da bereits aus dem oben genannten Befunderhebungsfehler eine Beweislastumkehr resultierte. Auf die Frage eines groben Fehlers kam es im vorliegenden Fall daher nicht entscheidend an.

### Der kausale Schaden

Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reichte es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verkennung des zu erwartenden Befundes oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet war, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

Dies war vorliegend der Fall. Als kausaler Schaden war daher Folgendes zuzurechnen: Behandlungsverzögerung um circa 3,5 Stunden (von 1.40 Uhr bis zur Geburt um 5.05 Uhr) nebst anhaltendem Sauerstoffmangel des Kindes mit metabolischer Azidose, Entwicklung einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie mit neurologischen Symptomen und intrazerebralen Blutungen.

Es war davon auszugehen, dass sich ab 1.10 Uhr eine metabolische Azidose des Fötus aufgrund eines intrauterinen Sauerstoffmangels entwickelte. Die dann forcierte Vakuumextraktion von Beckenmitte mit zweimaligem Abreißen der Saugglocke bei gleichzeitig bestehendem Sauerstoffmangel führte zu einer zusätzlichen Belastung des kindlichen Hirns.

In Bezug auf den kausalen Schaden wurde insofern seitens der Schlichtungsstelle eine andere Bewertung vorgenommen, als im neonatologischen MD-Gutachten dargestellt. Diese war begründet durch rechtliche Erwägungen, nämlich die oben genannte Beweislastumkehr und die hiermit einhergehenden Beweiserleichterungen zugunsten der Patientenseite.

Im Ergebnis waren haftungsrechtliche Ansprüche daher aus Sicht der Schlichtungsstelle begründet.

### Take-Home-Message

Achten Sie im Rahmen der Geburtsleitung auf eine zeitgerechte Befunderhebung bei pathologischen Befunden. Ein Befunderhebungsfehler mit Beweislastumkehr kann – aufgrund der hiermit einhergehenden reduzierten Anforderungen an den Schadensnachweis – zu nicht unerheblichen Haftungsansprüchen führen, zumal wenn ein Dauerschaden im Raum steht.

Ass. jur. Justine Launicke  
Leiterin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen  
der Ärztekammer Niedersachsen

Dr. med. Eva Cloppenburg  
Fachärztin für Kinderheilkunde, Schwerpunkt Neonatologie,  
Zusätzliche Weiterbildung Pädiatrische Intensivmedizin  
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle

## Gutachterkolloquium der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer

Unter dem Titel „Die medizinische Begutachtung im Arzthaftungsrecht“ veranstaltet die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen am 3. Mai 2024 in der Zeit von 14 bis 19 Uhr ein Gutachterkolloquium im neuen Ärztehaus in Hannover. Ass. jur. Justine Launicke wird als Leiterin der Schlichtungsstelle über die Möglichkeit der außergerichtlichen Streitbeilegung referieren und ÄKN-Referent Thorsten Heuer-Rieckenberg berichtet über die Arbeit des Referats „Arbeits-, Beitragsrecht, Honorarprüfung und Gutachterbenennung“.

Über Struktur und Aufbau eines Sachverständigengutachtens informiert anschließend Ass. jur. Kristin Hinrichsen von der ÄKN-Schlichtungsstelle gemeinsam mit Dr. med. Birger Kolb als Ärztlichem Mitglied der Schlichtungsstelle.

Weitere Themen der Fortbildung sind neben den rechtlichen sowie medizinischen Herausforderungen für eine Gutachtenerstellung ferner die gutachterlich zu differenzierenden Gesundheitsschäden. Abschließend werden aktuelle Fallbeispiele aus der ÄKN-Schlichtungsstelle und die Online-Plattform, die eine digitale, ressourcenschonende Arbeitsweise der Schlichtungsstelle gewährleistet, vorgestellt. Für das Kolloquium sind fünf Fortbildungspunkte beantragt.

Das Kolloquium wendet sich sowohl an die Neulinge unter den Gutachtern als auch an die erfahrenen Gutachter. Anmeldungen für das Kolloquium werden unter der E-Mail-Adresse [schlichtungsstelle@aekn.de](mailto:schlichtungsstelle@aekn.de) entgegengenommen.

■ wbg