Arzthaftung aus der Sicht einer Schlichtungsstelle

23. Unterlassene Mikroblutuntersuchung bei pathologischem CTG – grober Behandlungsfehler

G. Menke, J. Launicke

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen

Pathologisches CTG – unterlassene Mikroblutuntersuchung – Notfallsectio – grober Behandlungsfehler – Befunderhebungsfehler

gynäkologische praxis 53, 99–102 (2025)
mgo fachverlage GmbH & Co. KG

Eine zu späte Reaktion im Rahmen eines Geburtsvorganges kann fatale Folgen haben, mitunter den Tod des Neugeborenen. Ein pathologisches CTG erfordert bei korrekter Geburtsüberwachung eine rechtzeitige Mikroblutgasanalyse oder Sectio. Das CTG muss im Zweifel auf korrekte Aufzeichnung überprüft werden.

Anlass für die Schlichtung

Die Mutter eines verstorbenen Kindes beanstandete als Erbin die stattgehabte Geburt als fehlerhaft. Während der Geburt sei fehlerhaft kein Arzt vor Ort gewesen. Zudem sei kein Kaiserschnitt erfolgt.

Die Vorgeschichte

Die 30-jährige Schwangere (I.-Gravida, 0-Para) wurde am Nachmittag des 12. September in der 40+6 Schwangerschaftswoche in einer niedersächsischen Klinik vorstellig. Das CTG zeigte bei der stationären Aufnahme prolongierte Dezelerationen. Es erfolgte zunächst eine Geburtseinleitung mit Cytotec (Angusta®).

Am Morgen des 13. September bestand eine zunehmende und schmerzhafte Wehentätigkeit. Das CTG war um 06:20 Uhr unauffällig.

Die strittige Behandlung

- 09:50: PDA angelegt
- 10:29: kontinuierliche CTG-Überwachung
- 10:40: wiederholte späte Dezelerationen, Hebamme informiert um 11:45 Uhr die zuständige (Assistenz-)Ärztin
- 12:30: erneut wiederholte Dezelerationen
- 13:35: Rücksprache der Assistenzärztin mit dem zuständigen (Ober-)Arzt
- 13:50: Einleitung eines Wehentropfs
- 14:05: kein wesentlicher Geburtsfortschritt bei gleichzeitig suspektem CTG, Entschluss zur Oxytocin-Unterstützung
- 15:05: »schwere variable Dezeleration mit Frequenzabfall«

- 18:30: schließlich Entscheidung zur Vakuumextraktion, mit zwei wehensynchronen Zügen
- 18:43: Kopf-Entwicklung – zweimaliges McRoberts-Manöver

Um 18:45 Uhr wurde dann ein schlaffes reifes weibliches Neugeborenes aus zweiter vorderer Hinterhauptslage mit grünem Fruchtwasser entwickelt (Gewicht 3.800 g, Apgar 1/1/1, arterieller Nabelschnur-pH 7,17, Base-Excess -16,5 mmol/l).

Der weitere Verlauf

Das Mädchen wurde auf die Rea-Einheit verbracht und eine Reanimation eingeleitet. Um 19:05 Uhr traf die konsultierte Kinderärztin ein. Um 22:10 Uhr wurde das Kind zunächst in ein anderes Klinikum und von dort aus in ein Klinikum der Maximalversorgung verlegt.

Bei dem Mädchen wurde schließlich eine schwere peripartale Asphyxie mit ausgeprägter hypoxischer Hirnschädigung und Beteiligung der corticospinalen Bahnen, der Stammganglien und des Thalamus beidseits diagnostiziert. Zudem bestand ein passageres Multiorganversagen (Gerinnungsstörung, Niereninsuffizienz) und eine respiratorische Globalinsuffizienz.

Das Mädchen verstarb schließlich am 04. Oktober.

Die Erwiderung der Antragsgegnerin

Aus der in Anspruch genommenen Klinik wurde darauf hingewiesen, dass der Zustand des Kindes nach der Geburt nicht zum »ausgezeichneten« CTG gepasst habe. Eine befriedigende Antwort für die Ursachen des weiteren Verlaufes habe sich nicht finden lassen.

Das externe Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle konsultierte gynäkologisch-geburtshilfliche Gutachter kam zu der Schlussfolgerung, dass um 11:20 Uhr eine Mikroblutuntersuchung und/oder eine eilige Sectio habe indiziert werden müssen.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle der Ärztekammer Niedersachsen schloss sich dem Sachverständigengutachten an und hielt haftungsrechtliche Ansprüche dem Grunde nach für begründet.

Das fehlerhafte Vorgehen – Part 1

Fehlerhaft wurde zwischen 10:40 Uhr und 15:05 Uhr von einem »suspekten« CTG ausgegangen. Ab 10:40 Uhr bestanden jedoch rezidiverende späte Dezelerationen im CTG und damit ein »hochpathologisches« CTG mit der Notwendigkeit, weitere Maßnahmen zur Beurteilung des fetalen Zustandes zu ergreifen.

Um 11:20 Uhr, spätestens 11:40 Uhr, hätte zwingend eine Mikroblutuntersuchung durchgeführt oder eine Sectio indiziert werden müssen.

Ein Befunderhebungsfehler

Damit lag ein Befunderhebungsfehler vor. Ein Befunderhebungsfehler liegt immer dann vor, wenn medizinisch gebotene Befunde fehlerhaft nicht erhoben wurden. Vorliegend war dies der Fall: Eine notwendige Mikroblutuntersuchung wurde fehlerhaft nicht durchgeführt.

Ein Befunderhebungsfehler kann Auswirkungen auf die Beweislastverteilung haben. Grundsätzlich muss die Patientenseite den ärztlichen Behandlungsfehler und den kausal hierauf beruhenden Gesundheitsschaden nachweisen. Liegt jedoch ein Befunderhebungsfehler vor, kann hieraus unter Umständen eine Beweislastumkehr resultieren. Dies hat zur Folge, dass die Beweislastanforderungen für die Patientenseite herabgesetzt sind. Es genügt dann für den Nachweis der Kausalität eine generelle Eignung in Bezug auf die Schadensentstehung.

Eine Beweislastumkehr ist anzunehmen, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde.

Dies war hier der Fall: Im Rahmen einer Mikroblutuntersuchung hätte sich spätestens um 11:40 Uhr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine fetale Azidose und damit ein reaktionspflichtiger Befund gezeigt. Hierauf nicht zu reagieren, wäre als grob fehlerhaft zu bewerten. Es hätte dann eine eilige Sectio indiziert werden müssen.

Das fehlerhafte Vorgehen – Part 2

Spätestens um 13:35 Uhr, als die Assistenzärztin mit dem zuständigen (Ober-)Arzt Rücksprache hielt, hätte der (Ober-)Arzt im Kreißsaal erscheinen und eine Mikroblutuntersuchung beziehungsweise eilige Sectio anordnen müssen.

Der Einsatz von Oxytocin (13:50 Uhr) war fehlerhaft und bei pathologischem CTG und drohender fetaler Hypoxie kontraindiziert.

Allerspätestens zum Zeitpunkt des Eintretens der fetalen Bradykardie (15:05 Uhr), hätte eine unverzügliche Notsectio erfolgen müssen.

Nach 15:10 Uhr wurden zudem anstatt der kindlichen Herztöne fehlerhaft die maternale Herzfrequenz aufgezeichnet.

Üblich sind Geräte, die gleichzeitig mütterliche und kindliche Herztöne aufzeichnen, um Verwechslungen zu vermeiden. Im Zweifel kann durch Tasten des mütterlichen Pulses festgestellt werden, ob das CTG die Mutter oder das Kind erfasst. Alternativ kann die Mutter an einen Pulsoxymeter angeschlossen werden – ein solcher ist in jedem Kreißsaal vorhanden.

Im vorliegenden Fall hätte aufgrund des untypischen CTGs eine Kontrolle erfolgen müssen, um sicherzugehen, wessen Herzreaktionen erfasst werden. Dies wurde fehlerhaft unterlassen.

Ein grober Behandlungsfehler

In der Gesamtschau lag ein Verhalten vor, das eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln und gesicherte medizinische Erkenntnisse verstieß und das aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erschien, da dies einem Arzt oder einer Ärztin schlechterdings nicht unterlaufen darf. Insofern war ein grob fehlerhaftes Vorgehen anzunehmen.

Auch aus einem groben Behandlungsfehler kann eine Beweislastumkehr resultieren, die im vorliegenden Fall anzunehmen war.

Der kausale Gesundheitsschaden

Kausal fehlerbedingt kam es zu einer anhaltenden Sauerstoffunterversorgung des Fötus nebst Entwicklung einer hypoxischen Hirnschädigung, Multiorganversagen und schließlich Versterben des Kindes.

Der Tod des Kindes war insofern kausal auf die o.g. Behandlungsfehler zurückzuführen.

Grundsätzliches zum groben Behandlungsfehler

Ein grober Behandlungsfehler liegt grundsätzlich vor, wenn das ärztliche Handeln eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstößt und dieser Fehler aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einer Ärztin oder einem Arzt »schlechterdings nicht unterlaufen« darf. Ein grober Fehler kann sich auch aus einer Gesamtschau ergeben, wie im vorliegenden Fall.

Aus dem groben Behandlungsfehler kann – ebenso wie aus einem Befunderhebungsfehler – eine Beweislastumkehr folgen. Bei Annahme einer Be-

weislastumkehr sind die Anforderungen an den Nachweis eines kausalen Gesundheitsschaden für die Patientenseite herabgesetzt: Es genügt dann eine »generelle Eignung« des Fehlers in Bezug auf den eingetretenen Gesundheitsschaden.

Fazit für die Praxis/Take-Home-Message

- Reagieren Sie auf ein pathologisches CTG rechtzeitig.
- Kontrollieren Sie bei Auffälligkeiten, ob tatsächlich die kindlichen Herztöne aufgezeichnet werden.

Zusammenfassung

Auf das pathologische CTG wurde fehlerhaft nicht reagiert. Der (Ober-)Arzt erschien fehlerhaft nicht im Kreißsaal. Es erfolgte fehlerhaft keine Mikroblutuntersuchung und/oder eilige Sectio. Stattdessen wurde bei pathologischem CTG und drohender fetaler Hypoxie Oxytocin verabreicht – dies war kontraindiziert. Fehlerhaft wurde anstatt der kindlichen Herztöne die maternale Herzfrequenz aufgezeichnet und dies nicht erkannt – eine diesbezügliche Kontrolle erfolgte fehlerhaft nicht. In Übereinstimmung mit dem externen Sachverständigengutachten war hier in der Gesamtschau ein grob fehlerhaftes Vorgehen anzunehmen. Haftungsrechtliche Ansprüche waren daher begründet.

Dr. med. Götz Menke
Klinik für Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Marienhospital Osnabrück
Bischofsstraße 1
49074 Osnabrück

Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer
Niedersachsen

gynaekologie-mho@niels-stensen-kliniken.de

Ass. jur. Justine Launicke
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der
Ärztekammer Niedersachsen
Berliner Allee 20
30175 Hannover

justine.launicke@aekn.de