

Zusammenarbeit und Koordination von Geburtshelfern und Neonatologen unter besonderer Berücksichtigung der Dokumentation

Axel Näther und Roland Uphoff

Die Kanzlei Dr. Roland Uphoff wurde von der Zeitschrift WirtschaftsWoche zur Top-Kanzlei für Medizinrecht ausgezeichnet.

Wenn es um die Versorgung des Neugeborenen und seiner Mutter geht, haben das Wohl von Mutter und Kind oberste Priorität. Ein wesentlicher Bestandteil zur Sicherung der Behandlungsqualität liegt dabei in der gut geplanten und problemlosen Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung von Mutter und Kind beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Kräften. Gerade an den Schnittstellen ist ein hohes Maß an Umsicht erforderlich, um Reibungs- und damit auch entscheidende Informations- oder Zeitverluste zu vermeiden. Dies betrifft die gesamte Kette in der Versorgung von Mutter und Kind: angefangen beim schwangerschaftsbetreuenden Frauenarzt über die aufnehmende Hebamme oder den aufnehmenden Arzt in der Geburtsklinik, die Geburtshelfer, Operateure bis zu Neo-

natologen und Pädiatern. Ein einheitlich hoher Standard muss gewährleistet sein, damit nicht ein Versagen an einer Stelle das Bemühen sämtlicher anderer Behandler zunichte macht. Entsprechend lassen sich hierzu umfassende Hinweise und Kommentierungen finden, wie der betreuende Frauenarzt bei Auftreten oder Erkennen eines Risikos vorzugehen habe, zum Beispiel:

„Bei Vorliegen eines befundeten Risikos sollte der betreuende Frauenarzt unmittelbar nach Erkennen des Risikos Kontakt zu der Klinik aufnehmen, in der die Geburt stattfinden soll, um so in enger Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik das Risiko für die Schwangere und ihren Feten möglichst kalkulierbar zu halten“ (A. Feige et. al. „Frauenheilkunde“, Urban & Fischer, München 2001, S. 283).

Die möglichst frühzeitige Reaktion auf Risiken und die Einleitung weiterer Maßnahmen, gilt natürlich besonders in einem Notfall. So findet sich in einem Kompendium für Notärzte (V. Baum et. al.: Notfälle im Kindesalter, Verlagsbüro Dreieich 1996, S. 58) im Kapitel über starke vaginale Blutungen im zweiten und dritten Trimenon der „gebetsmühlenartig“ auch in Notarztfortbildungen vorgetragene Hinweis:

„Es ist ein umgehender liegender Transport in die Klinik erforderlich, eine Vorabverständigung der Klinik über die Leitstelle ist nützlich, dass eventuell eine Sectiobereitschaft hergestellt werden muss sowie vom Kreißsaal aus eine Verständigung der Intensivpädiater erfolgen kann, sodass bei Eintreffen der Patientin die entsprechenden Vorbereitungen bereits abgeschlossen sind“.



In diesem Sinne sind auch die Ausführungen der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe“ (DGGG) zur Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio bei einer Notlage (Frauenarzt 3/1992, S. 261/262) zu verstehen, die darauf abzielen, durch eine Vorwarnung diese Zeitdauer möglichst kurz zu halten, aber auch das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass jede gewonnene Minute für das Outcome des Kindes entscheidend ist.

Alle getroffenen Maßnahmen und die erfolgten Abstimmungen mit anderen Behandlern müssen zeitnah dokumentiert werden. Ohne eine zeitnahe Dokumentation sind wichtige Informationsverluste zu erwarten.

Natürlich trifft zu, dass die Dokumentation „nicht dazu dient, dem Patienten Beweise für Schadensersatzansprüche in einem späteren Arzthaftungsprozess zu verschaffen“ (BGH NJW 1993, S. 2375 [2376]). In ihr muss aber dasjenige festgehalten werden, was für die rasche Behandlung relevant ist. Entsprechend erstreckt sich die Dokumentationspflicht auf Umstände, die für die Diagnose und Therapie nach medizinischem Standard wesentlich sind und deren Aufzeichnung und Aufbewahrung für die weitere Behandlung des Patienten medizinisch erforderlich ist. In die Dokumentation müssen alle wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Bewandnisse, Gegebenheiten und Maßnahmen Eingang finden und sie müssen in einer für den Fachmann hinreichend klaren Form dargestellt werden (BGH, MDR 1989, S. 626; BGH, NJW 1984, S. 1403 m.w.N.). Für einen Mit- oder Nachbehandler muss also unschwer zu erkennen sein, welche Maßnahmen genau in welcher Form und durch wen eingeleitet und durchgeführt wurden und zu welchem Erfolg (oder Misserfolg) sie geführt haben. Nur durch eine solche Dokumentation lässt sich eine optimale Versorgung des Patienten gewährleisten. Der hier dargestellte Fall soll dies verdeutlichen.

Der Fall

Eine 36jährige Schwangere wird wegen einsetzender Wehentätigkeit in der Geburtsklinik aufgenommen. Die Frau hatte acht Jahre zuvor bereits ein Kind (aus Beckenendlage) per sekundärer Sectio zur Welt gebracht.

In den ersten Stunden der Betreuung wird bei der Schwangeren eine vaginale Blutung festgestellt; wegen der zunehmenden Schmerzen wird eine PDA gelegt. In

der Folge findet sich vielfach in der Dokumentation der Hinweis, dass das „CTG eingeeengt“ sei und variable Dezelerationen (DIP II) aufträten. Die CTG-Aufzeichnungen zeigen wiederholt Abfälle der kindlichen Herztöne auf bis zu 80 SpM und eine nur „mäßige Erholung auf 100 SpM“. Vielfach gelingt die Ableitung der kindlichen Herztöne nicht.

Trotzdem wird, um die Geburtsbestrebungen zu unterstützen, ein Syntocinon-Tropf angelegt, der sukzessive gesteigert wird. Nach 11-stündiger Eröffnungs- und mehr als einstündiger Austreibungsphase führen die Geburtshelfer „bei rezidivierenden kindlichen Dezelerationen“ eine Mikrolutuntersuchung durch, die einen pH-Wert von 6,99 und einen Base-Excess-Wert von -12,1 mmol/l ergibt. Zur gleichen Zeit ist das CTG terminal bradykard, die vaginale Untersuchung ergibt einen „Abgang von blutigem Fruchtwasser und Blutkoageln“. Bei vorzeitiger Plazentalösung wird die Indikation zur Notsectio gestellt (21.35 Uhr).

Es dauert sieben Minuten (21.42 Uhr), bis der Notarzt (bzw. die Kinderklinik) gerufen wird. Um 21.46 Uhr erfolgt die Geburt eines weiblichen Neugeborenen. Das Mädchen erhält eine Maskenbeatmung, unter der sich jedoch der Zustand des Kindes weiter verschlechtert. Eine Intubation durch die Geburtshelfer gelingt nicht.

Um 22.12 Uhr, also eine halbe Stunde nach Absetzen des Notrufs, trifft das neonatologische Notfallteam aus der Kinderklinik ein. Das Kind wird blass, pulslos, ohne muskulären Tonus vorgefunden. Nach Herzdruckmassage setzt die Herzaktion nach etwa drei Minuten wieder ein. Die Intubation gelingt umgehend.

Etwa zehn Minuten nach Eintreffen des Notfallteams zeigt eine weitere Blutgasanalyse beim Kind einen pH-Wert von 6,62 und einen Base-Excess-Wert von -24 mmol/l.

Weitere 30 Minuten später – also nach einem halbstündigen Zeitraum, in dem die Versorgung durch die Neonatologen sichergestellt war – ergibt eine erneute Blutgasanalyse einen pH-Wert von 6,81 und einen unveränderten Base-Excess-Wert von -24 mmol/l.

Erst um 23.05 Uhr, also rund 40 Minuten nach erfolgreicher Reanimation, erfolgt die Verlegung aus der Geburtsklinik auf die Intensivstation einer pädiatrischen Klinik zur weiteren Versorgung.

Kritik

Gerade in der Geburtshilfe ist ein prospektives Management unabdingbare Vor-

aussetzung für die erfolgreiche Versorgung von Mutter und Kind.

Wichtiger Bestandteil dieses prospektiven Managements ist die möglichst frühzeitige und umfassende Information an potenzielle Mit- und Nachbehandler, um eine lückenlose und zeitnahe Versorgung von Gebärender und Kind zu gewährleisten.

In dem hier beispielhaft dargestellten Fall ist nicht nachvollziehbar, warum bei den alarmierenden Werten der Blutgasanalyse und dem Vorliegen eindeutig hoch pathologischer klinischer Zeichen mehrere Minuten zugewartet wurde, bis die Kinderklinik informiert und der Notarzt angefordert wurde. Dies gilt umso mehr, als es dem geburtshilflichen Team bewusst sein musste, dass hausintern keine Kinderklinik vorhanden war und mit einer mindestens 20-minütigen Wartezeit bis zum Eintreffen der Neonatologen gerechnet werden muss.

Erschwerend kommt hinzu, dass es den Geburtshelfern für einen Zeitraum von 26 Minuten bis zum Eintreffen der Neonatologen nicht gelungen war, das Kind zu intubieren. Außerdem enthielt die Dokumentation außer einem kurzen Eintrag zur Maskenbeatmung und zur Verschlechterung des kindlichen Zustandes keinerlei Ausführungen dazu, was vom Zeitpunkt der Geburt des Kindes an (21.46 Uhr) bis zum Eintreffen des Notarztteams (22.12 Uhr) unternommen wurde. Erkennbar ist lediglich (anhand der Blutgaswerte), dass sich der kindliche pH-Wert von 6,99 auf 6,62 und der Base-Excess-Wert von -12,1 mmol/l auf -24 mmol/l erniedrigt hat.

In Bezug auf die Maßnahmen der hinzugerufenen Neonatologen war in der schriftlichen Dokumentation festgehalten, dass die Intubation innerhalb einer Minute gelang und dass die Herzaktion des Kindes nach dreiminütiger Herzdruckmassage wieder einsetzte; was jedoch danach unternommen wurde, war nicht dokumentiert.

Ausdrücklich erwähnt ist, dass die Herzdruckmassage um 22.20 Uhr beendet wurde. Für den Zeitraum danach – bis zur weiteren Blutgasanalyse um 22.53 Uhr – lagen keinerlei Aufzeichnungen vor. So kann auch nicht nachvollzogen werden, warum noch mehr als eine halbe Stunde nach Wiedereinsetzen der Herztätigkeit und nach erfolgreicher Intubation sowohl der pH- als auch der Base-Excess-Wert (6,81 und -24 mmol/l) weiterhin hoch pathologisch ausfielen.

Aus dem Umstand, dass keinerlei schriftliche Dokumentation vorhanden ist, drängt sich der Schluss auf, dass die Versorgung des Neugeborenen nicht lege artis erfolgte.

Auch bleibt ungeklärt, warum die Verlegung des Kindes in die Kinderklinik erst um 23.05 Uhr erfolgte, wodurch sich die intensivmedizinische Versorgung eindeutig verzögerte. Ein Hinweis darauf, warum sich der Transport verzögerte, findet sich in den Behandlungsunterlagen ebenfalls nicht.

Der hier dargestellte Verlauf hat schon früh zu tragischen Folgen bei dem Neugeborenen geführt: Bei einer wenige Tage nach der Geburt durchgeführten Sonographie fanden sich Zeichen einer Hirnödems und eines pathologischen Dopplerflussprofils. Die Hirnstrukturen waren nur verwachsen darzustellen, das EEG ist pathologisch. Es finden sich Zeichen gesteigerter Anfallsbereitschaft. In der Folge entwickelte sich eine schwerste zerebrale Schädigung bei dem Kind.

Die Frage, ob im Vorfeld der Geburt unbedacht gehandelt wurde (Z. n. Sectio, Ignorieren von Blutungen, fehlerhafte Interpretation von Schmerzen, Anlegen/Aufspritzen der PDA, Oxy-Tropf und Steigerung der Dosen) oder ob dringende Zeichen einer Plazentalösung missachtet wurden (Ignorieren des CTG), soll hier gar nicht diskutiert werden.

Unverständlich aber ist, warum bei einem terminal bradykarden CTG und zu einem Zeitpunkt, zu dem die Indikation zur Notsectio gestellt wird, noch mehrere Minuten (sieben Minuten) vergehen, bis die benachbarte Kinderklinik informiert wurde.

Aus den Unterlagen lässt sich darüber hinaus nicht ablesen, was von den Geburtshelfern in der für das Kind dramatischen Situation über einen Zeitraum von fast einer halben Stunde unternommen wurde. Eindeutig hatte sich der Zustand des Kindes bis zum Eintreffen der Neonatologen extrem verschlechtert.

Mit Hilfe des kinderärztlichen Notfallteams besserten sich die Laborparameter

etwas, aber bis auf die rudimentären Informationen zu geglückter Intubation und wiedereinsetzender Herzaktion finden sich keine weiteren Ausführungen dazu, was in der ersten halben Stunde bzw. den ersten 50 Minuten der neonatologischen Versorgung geschehen ist. Fest steht lediglich, dass es dem Kind 40 Minuten nach Eintreffen der Neonatologen noch immer extrem schlecht geht. Dies kann den Werten zur Blutgasanalyse von 22.53 Uhr entnommen werden.

Fazit

Folgende Schlussfolgerungen ergeben sich: Die Behandler in der Geburtshilfe haben sich zu lange Zeit gelassen, die Neonatologen aus einer externen Kinderklinik zu informieren und anzufordern.

Dass auch von den Geburtshelfern die Vornahme einer regelgerechten Notfallversorgung erwartet werden darf, steht außer Zweifel. Die Deutsche Gesellschaft für perinatale Medizin formuliert insoweit in ihren „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland“ für die „Organisation der Neugeborenenversorgung in einer geburtshilflichen Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik“:

„Folgende Versorgungsleistungen für das Neugeborene müssen erbracht werden können (...),


2. Einleitung lebenserhaltender Maßnahmen beim Neugeborenen bei unvorhersehbaren Notfällen durch einen darin kompetenten Arzt bis zum Eintreffen des Neugeborenen-Notarztes.

3. Das Vorgehen zur Alarmierung des Neugeborenen-Notarztes muss festgelegt und den Mitarbeitern vertraut sein.“

Im vorliegenden Fall war es den Geburtshelfern offensichtlich nicht möglich, eine suffiziente Notfallversorgung zu gewährleisten. Hinzu kommt, dass sich aus

den zur Verfügung stehenden Dokumenten nicht ansatzweise nachvollziehen lässt, in welcher Art und Weise, durch wen und für welchen Zeitraum Maßnahmen ergriffen wurden.

Die hinzugerufenen Neonatologen wiederum waren zwar offensichtlich initial in der Lage, das Kind zu intubieren und erfolgreich eine Herzdruckmassage durchzuführen, allerdings ist – abgesehen von der Durchführung einer Blutgasanalyse – für einen Zeitraum von annähernd einer Dreiviertelstunde völlig unklar, welche Maßnahmen durchgeführt wurden – was umso fataler ist, als sich der kindliche Zustand in diesem Zeitraum kaum verbessert hat. Das Kind wies auch mehr als eine Stunde nach der Geburt eine massive Azidose auf.

Das bedeutet in der Konsequenz, dass das Augenmerk der jeweiligen Behandler immer darauf gerichtet sein muss, auch die Mit- und Nachbehandler rechtzeitig einzubinden und dass immer gewährleistet sein muss, die durchgeführten Maßnahmen nachvollziehbar zu dokumentieren. 

AUTOR

Axel Näther
Rechtsanwalt



Dr. Roland Uphoff
Fachanwalt für Medizinrecht, M.mel.
Kanzlei für Geburtsschadensrecht und
Arzthaftung
Heinrich-von-Kleist-Str. 4
53113 Bonn

