

Gefährliche vaginal-operative Entbindungen

Heute möchte ich Ihnen zwei Fälle vorstellen aus jüngster Zeit, die zum Einen zu einer schweren Schädigung der Mutter (Kind gesund) sowie im zweiten Fall zu einer schweren Schädigung des Kindes durch vaginal-operative Entbindung durch Zange führten.

Fall 1:

Hier handelt es sich um einen Zustand nach Sectio, die Patientin hatte drei Jahre vor der anstehenden Geburt durch Sectio entbunden und wurde nun rechnerisch in der 39. SSW stationär behandelt. Im Laufe des Geburtsvorgangs wurde der Wehentropf mehrfach gesteigert und mehrfach kristellert (Handgriff auf den Fundus, damit das Kind tiefer tritt). Aufgrund variabler Dezelerationen wurde dann die Entscheidung zur Entbindung durch Forceps (Zange) getroffen. Bei der Patientin kam es zu einem hohen Scheidenriss, des Weiteren zu einer gedeckten Uterusruptur, die zunächst unentdeckt blieb. Kurz nach der Geburt erlitt die Klägerin einen Kreislaufkollaps mit später festgestellten sehr niedrigen Hb- und Hämatokrit-Werten Die Forceps-Entbindung wurde ohne Narkose durchgeführt.

Es sind zahlreiche Behandlungsfehler und Aufklärungsversäumnisse gerügt worden. Grob fehlerhaft sei das wiederholte Kristellern gewesen in Anbetracht des Vorbefundes (Zustand nach Sectio). Des Weiteren sei die Schmerzbehandlung unzureichend gewesen, fehlerhaft sei die Periduralanästhesie verweigert worden. Die CTG-Kontrolle sei unzureichend gewesen, fehlerhaft sei es gewesen, anhaltend das Wehenmittel Oxytocin zu verabreichen und die Dosis noch zu erhöhen. Die Forceps-Entbindung sei nicht indiziert gewesen, weil keine Befunde vorgelegen hätten, die auf eine Gefährdung des Kindes hingedeutet hätten. Besonders schwer wiege, dass auf den post operativ aufgetretenen Hb-Abfall nicht reagiert worden sei. Deshalb sei die Uterusruptur nicht rechtzeitig diagnostiziert worden. Folge dieser Fehlbehandlung ist eine Gefährdung bzw. Unfähigkeit, weitere Kinder zu bekommen. Des Weiteren

resultieren dauerhafte Schädigungen im Vaginalbereich und der Beckenbodenmuskulatur. Die Patientin leidet weiter an einem erheblichen Schmerztrauma und daraus resultierenden post traumatischen Belastungsstörungen.

Das Gericht hat nach Einholung von Gutachten der Klage dem Grunde nach stattgegeben.

Die Beklagten hatten erstinstanzlich vorgetragen, es sei nur einmal kristellert worden. Tatsächlich konnten wir aufgrund der Dokumente nachweisen, dass mehrfach kristellert wurde. Dies hat das Gericht als grob fehlerhaft nach Anhörung des Gutachters gewertet. Der Sachverständige hatte hierzu verdeutlicht, dass ein solches Vorgehen nicht dem Stand der Medizin entspreche. Umschrieben hat er dies als ein Verhalten, welches „unmöglich“ sei. Dass das Kristellern – wie die Beklagten vortragen – gleichsam nur als Fühlen auf den Bauch durchgeführt wurde, konnten diese nicht beweisen.

Fazit:

Mehrfaches Kristellern bei Zustand nach Sectio ist grob behandlungsfehlerhaft.

Des Weiteren hat das Gericht festgestellt, dass die Forceps-Entbindung ohne Anästhesie ein weiterer Fehler ist. Bei einer Forceps-Entbindung aus Beckenmitte/Beckenboden wie hier, ist die Anlegung einer Anästhesie ärztlicher Standard.

Des Weiteren sind den Beklagten mehrere Aufklärungsversäumnisse vorzuwerfen:

Unzureichend war bereits die Aufklärung anlässlich der Voruntersuchung bei Zustand nach Sectio. Hier hätte über die Entbindungsalternativen vaginale Entbindung versus primäre Sectio aufgeklärt werden müssen. Bei dieser Aufklärung über die vaginale Entbindung ist auch das Risiko einer Uterusruptur zu erwähnen. Ebenfalls aufklärungspflichtig.

tig ist aber auch, dass nach einer Uterusruptur dramatische Konsequenzen eintreten können, zum Einen schwere Schädigung des Kindes, zum Anderen schwere Schädigung der Frau. Dies ist im Einzelnen vorzutragen.

Aufklärungsbedürftig waren aber auch bei einer Patientin wie der Klägerin ferner als Geburtsalternativen die sekundäre Sectio im Rahmen der ursprünglich vaginal gewollten Entbindung sowie auch die Gefahren einer operativen vaginalen Entbindung. Auch eine solche Aufklärung ist nicht erfolgt.

Weitere Aufklärungsversäumnisse hat der Sachverständige für den Geburtsvorgang selbst ausgemacht. So hätte zum Einen eine kurzfristige Aufklärung über das Vorgehen und die Alternative des Abwartens in einem Fall wie hier durchgeführt werden müssen. In der Anhörung hat der Sachverständige verdeutlicht, dass keine Situation gegeben war, die eine sofortige Geburtsbeendigung durch die Forceps-Entbindung geboten hätte. Es hätte auch zugewartet werden können um zu sehen, ob sich das CTG bessert. Das Zuwarten ist also eine echte Alternative zur Forceps-Entbindung.

Unzureichend war auch die Aufklärung schließlich in Bezug auf die post partale Behandlung der Patientin. In Anbetracht der niedrigen Hb-Werte und dem hier zu unterstellenden Verzicht der Klägerin auf eine Blutkonserve, hätte die Patientin sehr deutlich darauf hingewiesen werden müssen, dass namentlich eine verlangsamte Rekonvaleszenz, ein hohes Risiko der Entzündung der Gebärmutterschleimhaut u. s. w. Folge einer solchen Weigerung sein kann.

In rechtlicher Hinsicht ergibt sich daraus, dass bereits die unzureichende Aufklärung über die verschiedenen in Betracht kommenden Alternativen und deren unterschiedliche Risiken der Geburtsbeendigung die Forceps-Entbindung rechtswidrig macht. Die Forceps-Entbindung war deshalb nicht von einer ausreichenden Einwilligung der Patientin gedeckt. Die post partal aufgetretene Uterusruptur ist Folge der Entbin-

dung. Es wäre Sache der Gegenseite gewesen, vorzutragen und zu beweisen, dass auch eine primäre Sectio zu einer Uterusruptur geführt hätte. Dieser Beweis ist von der Gegenseite weder angetreten noch geführt worden.

Dieselbe Rechtsfolge ergibt sich auch aus der unterlassenen Aufklärung vor Durchführung der Forceps-Entbindung. Die Beklagten haben nicht vorgetragen, geschweige denn bewiesen, dass bei der vom Sachverständigen favorisierten Vorgehensweise, zunächst noch abzuwarten ggf. der natürlichen Geburt ihren Lauf zu lassen, es ebenfalls zu einer Uterusruptur gekommen wäre. Bereits hieraus folgt, dass die Beklagten für die Folgen der Uterusruptur einzustehen haben.

Das selbe Ergebnis ergibt sich auch aufgrund der der Klägerin zugutekommenden Beweislastumkehr als Folge des grob fehlerhaften wiederholten Kristellerns. Das Kristellern ist generell geeignet eine Uterusruptur herbeizuführen. Dass ein Zusammenhang zwischen dem wiederholten Kristellern und der Uterusruptur äußerst unwahrscheinlich wäre, ist wiederum von der Beklagten nicht bewiesen worden.

Kommentar:

Dieser Fall behandelt neben der Feststellung grob fehlerhaften Kristellerns die ganze Palette der Aufklärungsversäumnisse bei vaginal-operativer Entbindung und Zustand nach Sectio. Schon im Vorfeld hätte über die Möglichkeit einer **primären** Sectio aufgeklärt werden müssen. Im Verlaufe der Geburt hätte ebenfalls über eine **sekundäre** Sectio aufgeklärt werden müssen, nachdem sich im weiteren Verlauf der Geburt eine Situation einstellte, die eine Geburtsbeendigung möglich oder notwendig machte. Hier steht die sekundäre Sectio also abdominale Geburtsbeendigung gegen die vaginal-operative Entbindung durch Zange oder Vakuum. Da hier unterschiedliche Risiken für Mutter und Kind bestehen, ist über diese aufzuklären und der Mutter die Entscheidung zu überlassen, ob sie abdominal durch Sectio oder vaginal durch Zange oder Vakuum entbinden möchte.

Weiterhin ist aufzuklären, dass die Geburtsbeendigung möglich ist aber auch ein weiteres Zuwarten noch zulässig ist. Diese letzte Form der Aufklärung über alternatives Verhalten hat auch in einem Fall beim OLG Naumburg eine Rolle gespielt, wo es darum ging, dass bei einer Frühgeburt nach ein paar Stunden die Geburtsbeendigung wegen der Gefahr eines Amnioninfektionssyndroms durchgeführt wurde, obwohl noch keine Anzeichen dafür vorlagen. Hier hat das OLG ebenfalls die mangelnde Aufklärung über das weitere Zuwarten unter entsprechender Kontrolle versus sofortiger Geburtsbeendigung für erforderlich gehalten. Wenn eine solche Aufklärung über alternative Behandlungsmöglichkeiten nicht durchgeführt wird, ist es Sache der Gegenseite sich auf rechtmäßiges Alternativverhalten zu berufen, wofür diese beweislasterlastet ist. D.h. also, dass auch für die Alternative (Sectio oder weiteres Zuwarten) die Gegenseite vortragen muss, dass auch bei rechtmäßigem Alternativverhalten der Schaden in gleicher Weise eingetreten wäre. Dies ist in aller Regel nicht möglich, sodass der Kläger obsiegt.

Es ist also in allen diesen Fällen sehr wichtig, dass man sehr sorgfältig und dezidiert den gesamten Behandlungsvorgang auf der Schiene der Behandlungschronologie durchgeht und in jedem Stadium der ärztlichen Behandlung die ärztlichen Entscheidungen überprüft. Die Patientin ist nicht willenloses Objekt der ärztlichen Behandlung, sondern selbstbestimmtes Subjekt. Wenn es im Laufe der Geburt zu einer operativen Geburtsbeendigung kommt ist zum Einen zu fragen, ob ein weiteres Zuwarten nicht ebenfalls alternativ möglich gewesen wäre und zum Anderen, für den Fall der Durchführung einer operativen Entbindung, ob diese nicht durch andere operative Alternativen, die gleichwertig sind, hätte ersetzt werden müssen. Im Fall einer schon vorausgegangen Sectio-Entbindung muss auch primär über die Möglichkeit einer Uterusruptur bei vaginaler Entbindung aufgeklärt werden.

Fall 2:

Hier handelt es sich um den relativ seltenen Fall, dass nach Forceps-Entbindung das Kind einen Schädelbruch und Hirnblutungen erlitt. Es ist dauerhaft und irreversibel geschädigt.

Hier sind außergerichtlich schon eine Reihe von Gutachten eingeholt worden. Die Z. Versicherung des Krankenhauses hat durch Privatgutachten nebst Ergänzung durch Herrn Prof. Dr. T. eine Aufklärungspflicht hinsichtlich der Forceps-Entbindung verneint, weil dieser die Auffassung vertritt, dass eine Sectio zum Zeitpunkt der Durchführung der Forceps-Entbindung nicht indiziert war und insofern dann auch keine Aufklärungspflicht hinsichtlich alternativer Entbindungsmethoden bestand. Vor einer solchen Argumentation muss man sich hüten. Es geht nicht um die Durchführung der Forceps-Entbindung als einzige Alternative, sondern darum, dass eine Schwangerschaftsbeendigung entschieden wird, also dem normalen Verlauf der Geburt kein Fortgang gegeben wurde. Wenn aber die Schwangerschaft oder Geburt beendet wird, dann gibt es mehrere Möglichkeiten der Beendigung, nämlich abdominal durch Sectio oder vaginal durch Forceps oder Zange, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen. Darüber hinaus – wie oben bereits ausgeführt – muss immer auch die Möglichkeit des Zuwartens beachtet und bewertet werden. Da die Gegenseite schon außergerichtlich mit einer Reihe von Gutachten aufwartete, haben wir ebenfalls Privatgutachten eingeholt (Charité Berlin) und sind dann ins Klageverfahren gegangen, nachdem die Gegenseite hartnäckig weiterhin Schadensersatzansprüche abgelehnt hat. Das nun vorliegende geburtshilfliche Gutachten bestätigt den diesseitigen Klagevortrag. Insbesondere wird festgestellt, dass zu einem Zeitpunkt von ca. zwei Stunden vor der Geburt die Zeit nicht genutzt wurde, den weiteren Geburtsverlauf zu planen, obwohl das verzögerte Tiefertreten des Kopfes und die hintere Hinterhauptslage bekannt waren. Auch hätten die später zunehmenden Veränderungen im Kardiotokogramm zu einer erneuten Überprüfung

des fetalen pH-Wertes durch eine Mikroblutanalyse oder zu einer Beendigung der Schwangerschaft durch operative Entbindung Anlass geben müssen. Wenn man sich aber für eine operative Entbindung entscheidet, muss der Arzt zwischen einer vaginal-operativen Entbindung, Vakuumextraktion oder Forceps und der Schnittentbindung entscheiden. Diese Entscheidung muss vom kompetentesten und erfahrenen Geburtshelfer gefällt werden. In einer solchen Situation, so der Gutachter, muss der Arzt über die möglichen Risiken und die mögliche Notwendigkeit einer operativen Entbindung aufklären. Seit längerer Zeit wird die Schnittentbindung zur Vermeidung gefährlicher Zangenmanöver bei weiterbestehender hinterer Hinterhauptslage und einem zusätzlichen Risiko als indiziert angesehen. Darüber hinaus ist es ein grober Behandlungsfehler, dass die Zangenentbindung allein, ohne Information des vorgesetzten Arztes durchgeführt wurde. Im Übrigen hätte schon vor Durchführung der Zangenentbindung die Kinderklinik informiert werden müssen. Die Durchführung der Zangenentbindung durch die Stationsärztin sei ein grober Behandlungsfehler.

Fazit:

Auch hier steht im Vordergrund die Frage, ob eine Geburtsbeendigung zum Einen notwendig war (Alternative Zuwarten) und ob im Vorfeld der Geburt eine Situation vorlag, die eine Geburtsplanung mit entsprechender Aufklärung über die alternativen Entbindungsmöglichkeiten notwendig machte. Da die Versicherung der Gegenseite sich durch mehrere Privatgutachten auf den Standpunkt versteifte, dass nur dann eine alternative Behandlungsmöglichkeit besteht, wenn auch eine Indikationslage vorliegt (nämlich zur Sectio) sind andere Aspekte vernachlässigt worden, weil nicht die Frage nach der Notwendigkeit der Geburts**beendigung** gestellt wurde, sondern die Indikation zur vaginal operativen Entbindung als gegeben angesehen wurde und zu diesem Zeitpunkt keine Indikation zum Kaiserschnitt bestand (angeblich). Hier ist im Vorfeld die Situation nicht ausreichend abgeklärt worden, sodass die Zeit

für eine Geburtsplanung ungenutzt geblieben ist. Zum Anderen ist der Zeitpunkt der Forceps-Entbindung als indiziert und richtig dargestellt worden, obwohl auch ein mögliches Zuwarten eine Alternative gewesen wäre. Man muss sich also hüten, auf solches „Tricks“ in der geburts-hilflichen Begutachtung durch von den Gegenseite beauftragte Gutach-ter nicht hereinzufallen.

Abschließend möchte ich noch auf die Leitlinie der Deutschen Gesell-schaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu vaginal-operativen Entbin-dungen hinweisen. Hier wird unter „juristischen Gesichtspunkten“ noch einmal auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs hingewiesen und eine Aufklärungspflicht postuliert, die so rechtzeitig vor Eintritt einer voraussehbaren Notsituation vorzunehmen ist, dass für die Schwange-re noch eine Risikoabwägung möglich ist. Bei der Beckenmitteposition des kindlichen Kopfes ist die Aufklärung über die verschiedenen ge-burtshilflichen Methoden (Vakuum, Zange und Sectio) von besonderer Bedeutung, da die Gefahren für Mutter und Kind bei diesen Verfahren gänzlich unterschiedlich sind und daher nach der Rechtsprechung die Mutter die Entscheidung zu treffen hat, ob sie den Interessen des Kin-des oder ihren eigenen Interessen den Vorzug gibt.

Die Leitlinie kann im Internet unter www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/015-023.htm abgerufen werden.

Jürgen Korioth
(Vorsitzender der BIG)

Korioth@Korioth.de