Der interessante Fall

Von der unbedingten Notwendigkeit genauer Kommunikation

Wie wichtig gerade in der Geburtshilfe die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Beteiligten – niedergelassene Gynäkologen, Geburtshelfer und Pädiater – ist, dokumentiert der folgende tragische Fall.

Eine 40-jährige Patientin befand sich in ihrer dritten Schwangerschaft in der Schwangerschaftsbetreuung bei der klagenden Gynäkologin. Bei unauffälligem Schwangerschaftsverlauf findet sich erstmalig in Terminnähe in der 39. + 6 SSW. eine diskrete Auffälligkeit. Bei einem routinemäßig durchgeführten CTG zeigte sich eine eingeschränkte Oszillation und eine angedeutete variable Dezeleration. Das CTG war bei 14 Min. Aufzeichnungsdauer nicht sicher verwertbar. Trotzdem erfolgt die nächste Kontrolle erst drei Tage später in der 40. + 1 SSW: Auch dieses CTG war eindeutig eingeschränkt in der Oszillation, weiterhin zeigte sich eine leichte späte Dezeleration, die jedoch nur bei kritischer Betrachtung auffiel. Insgesamt waren das also zwei CTGs in Terminnähe, die als grenzwertig suspekt bezeichnet werden müssen. Die drei Tage später in der 40. + 4 SSW. durchgeführte CTG-Kontrolle war eindeutig silent und pathologisch: keinerlei Akzelerationen, jedoch auch keine Dezelerationen. Daraufhin veranlasste die betreuende Gynäkologin die Krankenhauseinweisung, was auch in den Krankenunterlagen der Patientin dokumentiert ist: „Anruf Krankenhaus: Patientin soll sofort kommen. Patientin erklärt, sie soll direkt ins Krankenhaus“.

Die CTG-Kontrolle in der Praxis endete um 10:06 Uhr, die Vorstellung im Krankenhaus erfolgte um 12:15 Uhr. Hier zeigte sich ein silentes CTG mit zwei späten Dezelerationen. Nach einer Ultraschalluntersuchung, die offenbar unauffällig war, erfolgte um 13:10 Uhr die Indikation zur eiligen Sectio. Um 13:52 Uhr Entwicklung eines deutlich asphyktischen Kindes, Nabelschnurarterien-pH: 6,86, Apgar: 5, 6, 8, Fruchtwasser dick grün.

Erstversorgung des Kindes in Form einer Reanimation und Intubation durch den Anästhesisten, Eintreffen der Neonatologen zur weiteren Betreuung 20 Minuten postpartum. Trotz dann begonnener neonatologischer Intensivbehandlung kam es beim Kind zu schwersten psychischen und motorischen Entwicklungsverzögerungen mit spastischer Hemiparese links und generalisierten tonisch-klonischen Anfällen; das Kind ist heute schwerstbehindert.

Gutachterliche Beurteilung

Es lagen Versäumnisse vor, die schließlich zu dem tragischen Verlauf geführt haben und die sowohl dem ambulanten als auch dem stationären Bereich zugeordnet werden müssen.

Das erste Problemfeld bezieht sich auf die Betreuung bei der bestehenden rechnerischen Terminüberschreitung. In den entsprechenden Leitlinien zur Vorgehensweise wird eine Überschreitung des errechneten Termins bis zum Einleiten der Geburt von mindestens 7–10 Tagen toleriert. Einigkeit besteht jedoch darin, dass insbesondere bei höherem mütterlichen Alter die Terminüberschreitung zumindest kritisch überwacht werden muss. In der vorliegenden Situation bestanden ab Erreichen des errechneten Termins wiederholte Auffälligkeiten im CTG, die eine engmaschige Überwachung oder (wie im vorliegenden Fall) die Entbindung erfordert hätten. Dass trotz der Auffälligkeiten im CTG die Kontrolle lediglich alle drei Tage erfolgte, ist zu beanstanden. Mit der ersten CTG-Auffälligkeit hätte die Patientin stationär zur Entbindung eingewiesen werden müssen. Die Kommunikation mit dem Krankenhaus hinsichtlich der telefonischen Ankündigung der Patientin

und die Dokumentation in den Unterlagen waren jedoch vorbildlich.

Das nächste Versäumnis erfolgte im betreuenden Krankenhaus. Bei der Aufnahme lag ein hochpathologisches silentes CTG vor, das als präfinal interpretiert werden muss. Ein solches CTG muss die unmittelbare Notsectio zur Folge haben, nicht nur eine „eilige Sectio“, besonders weil zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht bekannt sein konnte, wie lange die fetale Bedrohung bereits vorlag. Weil in der Verständigung mit der Anästhesie lediglich von einer „eiligen Sectio“ gesprochen wurde, verzögerte sich die Entwicklung des Kindes um mindestens 60 Minuten.

Der nächste Fehler im Krankenhaus bestand in der fehlerhaften Kommunikation mit der Neonatologie. Aufgrund des vorliegenden CTGs musste damit gerechnet werden, dass zumindest ein deprimiertes, möglicherweise auch asphyktisches Kind zu erwarten ist. Es wäre deshalb zeitgleich mit der Indikationsstellung zur Notsectio erforderlich gewesen, ein pädiatrisches Team zur Reanimation anzufordern, da das Krankenhaus nicht über eine eigene Kinderklinik verfügt. Auf diese Alarmierung des Notarztes oder der Pädiater wurde verzichtet. Erst mit der Geburt des Kindes und des damit offensichtlich schlechten Zustandes des Kindes wurden die Pädiater informiert. Hierdurch traf das neonatologische Reanimationsteam um etwa 20 Minuten später ein, was die Behandlung des Kindes weiter erschwerte.

Prof. Dr. Peter Mallmann
Universitätsklinikum Köln
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Kerpener Str. 34, 50931 Köln