Der interessante Fall

Symptome sind Anzeichen –
und bedingen eine Diagnostik!

Wie wichtig es gerade in der Geburtshilfe ist, auf Symptome zu achten und wie fatal sich das Ignorieren eindeutiger klinischer Symptome auf den weiteren Erkrankungsverlauf auswirken kann, möge der folgende Fall demonstrieren.

©nyul / fotolia.com

Eine Patientin wurde in der 30. Schwangerschaftswoche (SSW) mit vaginalen Blutungen stationär aufgenommen. Bei regelmäßiger Wehentätigkeit wurde eine Tokolyse angeordnet, weiterhin eine Lungenreifeinduktion. Es erfolgte kein Frischpräparat, keine Bestimmung des CRP, kein vaginaler Ultraschall zur Beurteilung der Zervixlänge zur Abklärung der Blutungsursache, keine Temperaturmessung. Bei weiter bestehender Wehentätigkeit, die neben der Gabe von Betamimetika auch die Gabe von Diazepam erforderlich machte, war fünf Tage später, in der 31. + 0 SSW, das CTG um 10.40 Uhr tachykard, die Körpertemperatur betrug 38,2 °C. Um 12.30 Uhr wurde das CTG kontrolliert und eine schwere Tachykardie mit einer Frequenz von über 180, eingeengt, festgestellt. Es bestand die Indikation zur sekundären Sectio. Die Körpertemperatur der Mutter betrug zu dieser Zeit 39,7 °C. Die Entwicklung des Kindes erfolgte um 13.31 Uhr. Bei der Sectio fällt ein komplettes Anhydramnion auf.

Gutachterliche Beurteilung

Im vorliegenden Fall liegen zwei wesentliche strukturelle und medizinische Versäumnisse vor.

1. Nach der AWMF-Leitlinie 024/001 der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe „Indikation

zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäusern der adäquaten Versorgungsstufe“, die in ihrer Erstfassung bereits 1992 existierte, hätte die vorliegende Symptomatik einer Blutung und damit drohenden Frühgeburt in der 31. SSW die Verlegung in ein Pränatalzentrum Level I oder II oder eine perinatalogische Schwerpunkt-klinik nach sich ziehen müssen.

2. Bei der Patientin bestand offenbar ein vorzeitiger Blasensprung mit anderen Infektionssymptomen, der in dem Zeitraum zwischen stationärer Aufnahme und der Entbindung aufgetreten sein muss, da bei der Aufnahmeuntersuchung die sonografisch gemessene Fruchtwassermenge nicht reduziert war und bei Entbindung ein Anhydramnion vorlag. Eine regelmäßige Wehentätigkeit muss eine regelmäßige Kontrolle der Körpertemperatur und eine laborchemische Kontrolle der Entzündungsparameter wie CRP zur Folge haben. Auf eine entsprechende Kontrolle der Entzündungsparameter und die tägliche Temperaturkontrolle wurde verzichtet. Die Persistenz der vorzeitigen Wehentätigkeit auch unter hochdosierter Tokolyse hätte als Hinweis auf ein drohendes Amnioninfektionssyndrom interpretiert werden müssen und hätte die Überwachung der La-

borparameter, der Temperatur und des Ultraschalls erfordert und therapeutisch die Konsequenz der vorzeitigen Entbindung und Antibiotikagabe. Auf die eingetretene Pathologie in Form einer fetalen Tachykardie und erhöhter Körpertemperatur der Mutter um 10.00 Uhr muss unmittelbar und nicht erst mit der Entbindung drei Stunden später reagiert werden. Das Leitsymptom der fetalen Tachykardie wurde offenbar ignoriert. Nach längerer Tachykardie finden sich bei Neugeborenen nahezu viermal häufiger intrakranielle Blutungen, auch bei normalem Säure-Basis-Status. Daher sollte bei erstmaligem Auftreten der CTG-Veränderungen eine eilige, dringliche oder zügige Entbindung mit einer EE-Zeit von maximal 30 Minuten erreicht werden.

Insgesamt liegt aus gutachterlicher Sicht ein grober Behandlungsfehler vor, der aus objektiver ärztlicher Sicht nicht verständlich ist.

Prof. Dr. Peter Mallmann

Universitätsklinikum Köln
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Kerpener Str. 34
50931 Köln