

Risikofaktor Makrosomie des Kindes

Aufklärung der Schwangeren über ein erhöhtes Geburtsrisiko für das Kind bei der vaginalen Entbindung – Folge 31 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

von **Herbert Weltrich und Lutwin Beck***

Die Makrosomie ist definiert als ein Geburtsgewicht oberhalb der 95. Perzentile (4350 g). Das Normalgewicht in der vollendeten 40. Schwangerschaftswoche bei männlichen Einlingen liegt bei 3.600 g. Für die antepartale Gewichtsschätzung nach der Ultraschallbiometrie des Feten gilt heute, dass durchschnittlich etwa 75 Prozent des tatsächlichen Geburtsgewichtes in einem Bereich von plus/minus 10 Prozent des sonographisch geschätzten Geburtsgewichtes liegen. Bei makrosomen Feten ist die Abweichung größer und kann bis zu 20 Prozent betragen.

Eine Makrosomie ist ein signifikanter Risikofaktor. Ein Kind mit einem Geburtsgewicht oberhalb von 4.000 bis 4.500 g hat ein 2,5-mal höheres Risiko einer neurologisch bedingten Störung durch Schädigung des Brachialplexus. Bei einem Geburtsgewicht von mehr als 4.500 g ist das Risiko bedeutend höher.

Durch eine Kaiserschnittentbindung kann die neurologische Komplikation bei dem Kind in den meisten Fällen vermieden werden. Seltene Ausnahmen sind intrauterin (also vor der Geburt) bedingte Armplexuslähmungen und Schwierigkeiten bei der Entwicklung des Kindes bei der Sektio. Aufgrund des Ultraschallbefundes sollte mit einem zu erwartenden Geburtsgewicht von über 4.500 g eine Sektio erwogen werden.

Das Risiko einer Geburtsverletzung beträgt bei diesen Kindern nach vaginaler Geburt 9,3 Prozent, nach Sektio 2,6 Prozent (aus H. Schneider; P. Husslein, K.T.M. Schneider; Springer-Verlag). Bei jeder Schwangerschaft mit deutlich erhöhten Risikofaktoren für das Auftreten einer Schulterdystokie bei einer vaginalen Entbindung ist mit der Schwangeren rechtzeitig die Risikosituation und die Möglichkeit einer Schnittentbindung mit geringerem Risiko zu erörtern.

Eingehende Aufklärung

Die Rechtsprechung, so schon *Urteile des Bundesgerichtshofes vom 6.12.1988 und 17.11.1991*, verlangt eine eingehende Aufklärung, wenn im Falle einer vaginalen Entbindung für das Kind ernstzunehmende Gefahren drohen. Der Arzt dürfe sich nicht eigenmächtig für eine vaginale Geburt entscheiden, so die rechtliche Begründung. Vielmehr müsse er die Mutter über die für sie und das Kind bestehenden Risiken unterrichten.

Dafür, dass dies erfolgt ist, trage er die Beweislast. Unterlasse der Arzt die Aufklärung und damit die Einbeziehung der Mutter in die Entscheidung über die Entbindungsmethode, fehle es an der Einwilligung zur Vaginalgeburt. Damit ist das vaginale Vorgehen rechtswidrig mit der Folge, dass der Arzt für alle Verletzungen und Schäden

haftbar ist, auch wenn bei der vaginalen Entbindung keine Fehler unterlaufen sind.

In diesem Zusammenhang ist noch ein Hinweis der Gutachterkommission im *Rheinischen Ärzteblatt* von Interesse (Juli 1997, Seite 28, im Internet verfügbar unter www.aekno.de/archiv/1997/07/028.pdf).

Aus zahlreichen Begutachtungsverfahren, die Plexuspareesen betrafen, hatte die Kommission die Erkenntnis gewonnen, dass das Risikomanagement in solchen Fällen vielfach unzureichend war. In vielen Kliniken fehlten Anleitungen und Pläne, wie zum Beispiel bei einer vaginalen Geburt im Falle einer Schulterdystokie und sonstiger erschwelter Schulterentwicklung vorzugehen ist.

Bei den Begutachtungen ergab sich oft, dass im Falle von Plexuschäden der erstversorgende Geburtshelfer und die Hebamme nicht sachgerecht gehandelt hatten. Die Gutachterkommission wies auch nachdrücklich auf die Notwendigkeit einer vollständigen Dokumentation des Geburtsverlaufes hin. Die Schulterentwicklung und die dabei getroffenen Maßnahmen seien darzustellen. Anzugeben sei auch die Kindslage, aus der die Geburt erfolgte, ebenso seien die Uhrzeiten des Geschehensablaufes zu nennen.

Im nachfolgend geschilderten Fall, der bei einem makrosomen Kind die unterlassene Risikoaufklärung behandelt, war auch die man-

* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Prof. Dr. med. Lutwin Beck, fr. Direktor der Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf, ist das Geschäftsführende Mitglied der Gutachterkommission.

gelhafte Dokumentation der Vaginalgeburt zu beanstanden.

Der Sachverhalt

Die 29-jährige Patientin erwartete zum 27. Januar ihr erstes Kind. In der 34. (+ 6) Schwangerschaftswoche (SSW) am 22. Dezember wurde sie in der beschuldigten geburtshilflich-gynäkologischen Klinik mittels Ultraschall untersucht (BIP 8,8, FO Durchmesser 10,1, Thoraxquerdurchschnitt 9,5, Thorax ap 9,6, Femurlänge 6,6). Es fand sich eine Beckenendlage (BEL). Das Schätzwertgewicht des Kindes betrug 2.700 g.

Am 27. Januar (37. + 1 SSW) erfolgte in der Klinik eine erneute Ultraschalluntersuchung: BIP 9,6, FO 11,4, Thoraxquer 11,0. In den Krankenunterlagen wurde vermerkt: „BEL, großes Kind → Sectio“.

Am 8. Januar wurde die äußere Wendung aus BEL in Schädellage stationär durchgeführt; sie verlief ohne Komplikationen. Am 9. Januar wurde die Patientin wieder entlassen.

Stationäre Behandlung

Am 31. Januar, vier Tage nach dem errechneten Termin, wurde die Patientin mit dem Verdacht auf vorzeitigen Blasensprung in der Klinik stationär aufgenommen. Der Aufnahmebefund ergab einen Muttermund von 1 cm Breite, Höhenstand des Kopfes -4, Wehen alle zwei bis vier Minuten, Cardiotokogramm (CTG) im Wesentlichen unauffällig.

Um 18:05 Uhr wurde eine Oxytocintropfinfusion angelegt, die um 21:50 Uhr wieder abgenommen wurde. Der Muttermund war zu diesem Zeitpunkt ein bis zwei Zentimeter weit, der Höhenstand des Kopfes -4, das CTG unauffällig. Im Krankenblatt wurde vermerkt: „Morgen Wehentropf oder Prostaglandin E₂ je nach Befund, Verdacht auf Missverhältnis, Fetometrie morgen.“ Die vorgesehene Fetometrie fand nicht statt.

Am 1. Februar um 00:15 Uhr meldete sich die Patientin mit

Fruchtwasserabgang und leichten Wehen. Die Muttermundweite betrug 1 cm, der Höhenstand des Kopfes -5. Bei allmählichem Geburtsfortschritt war um 04:05 Uhr der Muttermund vier bis fünf Zentimeter weit, der Kopf -5. Es wurde eine Periduralanästhesie (PDA) angelegt, die um 06:05 Uhr erneuert wurde. Um 05:25 Uhr war der Muttermund bis auf Saum vorne vollständig eröffnet, Höhenstand des Kopfes -1. Um 06:30 Uhr wird der Höhenstand des Kopfes mit -1 beschrieben, um 07:20 Uhr mit K +1/+2. Im Krankenblatt wurde vermerkt: „Bei Makrosomie K +1/+2 Indikation zum Forceps, auf Oberarzt B. warten.“

Vaginale Geburt

Um 09:05 Uhr wurde eingetragen: „Stand des Kopfes K +1/+2, großer Kopf, ausklingende 2. PDA, Indikation zum Forceps gegeben.“ Eintrag um 09:12 Uhr: „Geburt eines lebensfrischen reifen Knaben aus hinterer Hinterhauptslage durch Forceps nach mediolateraler Episiotomie. Wehentropf läuft ein.“ Ein Bericht über die Vaginalgeburt fehlt. Das Kindsgewicht betrug 4.900 g, die Länge 55 cm, Apgarwert 9/10/10, das Narbelarterien-pH 7,36.

Post partum wurde bei dem Kind eine Plexuslähmung vom Typ Erb festgestellt. Bei der Mutter fand sich eine Symphysenlösung, die erhebliche Beschwerden verursachte. Auf der Beckenübersichtsaufnahme vom 3. Februar klafft die Schambeinfuge um 2,6 cm.

Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission, fachsachverständig beraten, hat den Sachverhalt unter den folgenden Gesichtspunkten beurteilt:

1. War bei der Entbindung mit einem makrosomen Kind zu rechnen?
2. Wenn ja, hätte die Schwangere über das Risiko der vaginalen Entbindung aufgeklärt werden müssen?

3. Sind die Erb'sche Plexuslähmung des Kindes und die Symphysenlockerung der Mutter auf die vaginale Entbindung zur Operation durch Zange zurückzuführen?

Zu den aufgeworfenen Fragen wurde wie folgt Stellung genommen:

Zu 1.:

Nach dem Geburtsgewicht (4.900 g) handelte es sich um ein makrosomes Kind. Es gab schon in der Schwangerschaft eine Reihe von Hinweiszeichen, dass mit einem übergewichtigen Kind zu rechnen war. Am 22. Dezember war ein fetales Gewicht von 2.700 g geschätzt worden. Da das Normgewicht für diese Tragezeit etwa 2.390 g beträgt, ergab sich ein Übergewicht von 13 Prozent. Aus der Biometrie am 7. Januar errechnete sich ein fetales Gewicht von 3.600 g, das um 16 Prozent höher lag als das Normalgewicht von 3.090 g für diese Tragezeit.

Das ist zu diesem Zeitpunkt auch erkannt worden, wie der Vermerk in den Krankenunterlagen (großes Kind → Sectio) zeigt. Bei der Krankenhausaufnahme am 31. Januar ist der „Verdacht auf Missverhältnis“ ausdrücklich vermerkt. Die dringend erforderliche – auch nach den Unterlagen vorgesehene – erneute Fetometrie unterblieb. Darin sah die Gutachterkommission einen vorwerfbaren Behandlungsfehler.

Zu 2.:

Da nach allem, spätestens am 31. Januar, mit einem makrosomen Kind zu rechnen war, musste die Patientin über das damit verbundene erheblich erhöhte Risiko im Falle einer vaginalen Entbindung aufgeklärt und zugleich die Frage einer Schnittentbindung im Einzelnen mit ihr erörtert werden. Das ist nicht geschehen. Die Patientin wurde in die Entscheidungsfindung nicht einbezogen und damit ohne ihre wirksame Einwilligung vaginal entbunden.

Zu 3.:

Plexuslähmungen finden sich nach Angaben in der Literatur bei

etwa 0,15 Prozent aller Geburten. Bei etwa der Hälfte aller Fälle bestand eine Schulterdystokie. Die höchste Rate findet sich bei der vaginal operativen Geburt makrosomer Kinder. Ursache der Plexuschädigung bei der Schulterdystokie, aber auch bei der Entbindung übergewichtiger Kinder ohne Schulterdystokie ist zumeist der starke Zug am kindlichen Kopf mit der Folge der Dehnung des cervikalen Nervenplexus. Als seltene Ursache kommt auch die intrauterine (vor der Geburt) entstandene Lähmung des cervikalen Plexus in Frage.

Im vorliegenden Fall handelte es sich um ein makrosomes Kind mit einem Geburtsgewicht von 4.900 g; 550 g oder 13 Prozent über der 95. Perzentile bzw. 1300 g oder 36 Prozent über dem normalen Geburtsgewicht.

Die vorgenommene Zangenextraktion vom Beckenboden bei hinterer Hinterhauptslage belastete das Vorgehen zusätzlich. Bei dieser Einstellungsanomalie liegt der Rücken des Kindes nicht vorne wie bei der – normalen – vorderen Hinterhauptslage, sondern hinten. Das Kind wird so nicht durch eine Streck-

ung des gebeugten Kopfes, sondern durch eine weitere Beugung des Kopfes geboren.

Für eine Schulterdystokie hat der Fachsachverständige keine Anhaltspunkte feststellen können. Gleiches gilt für die Frage, ob die Zangenentbindung etwa fehlerhaft durchgeführt wurde und ob die Entwicklung der Schulter Schwierigkeiten bereitet hat. Die Beurteilung wird durch das Fehlen des Operationsberichtes erschwert.

Nach der Geburt wurde bei der Patientin ein Symphysenschaden mit erheblichen Beschwerden festgestellt. Ein Kausalzusammenhang zur Zangenentbindung ist nicht ohne weiteres anzunehmen. Als Ursache kommen auch die in der Schwangerschaft bestehenden östrogenbedingten Gewebsauflockerungen und Bindegewebsschäden in Betracht.

Zusammenfassung

Bei der Entbindung musste nach den sonographischen Ge-

wichtsschätzungen während der Schwangerschaft mit einem makrosomen Kind gerechnet werden. Die letzte Gewichtsmessung ergab die Diagnose „großes Kind → Sectio“. In diesem Fall bedeutet die Unterlassung einer Fetometrie nach der stationären Aufnahme einen Behandlungsfehler, da die erneute Messung das Ausmaß der Makrosomie geklärt hätte. Spätestens zu diesem Zeitpunkt hätte die Aufklärung der Patientin über die Risiken einer vaginalen Entbindung und einer Sektio erfolgen müssen. Im Falle der Entscheidung für einen Kaiserschnitt hätten die dazu erforderlichen Vorbereitungen in Ruhe getroffen werden können.

Als Rechtsfolge ergibt sich: Die beschuldigte Klinik haftet für alle Gesundheitsschäden, die bei der Vaginalgeburt eingetreten sind, obwohl eine fehlerhafte Zangenentbindung nicht festgestellt werden kann.

WISSENSCHAFT UND FORTBILDUNG

Das Düsseldorfer Bündnis gegen Depression Fortbildung und Informationsmaterial

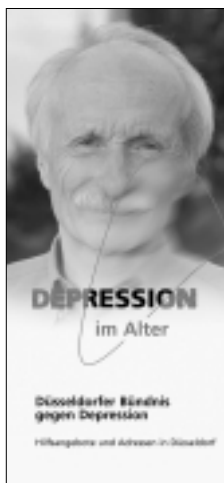
Informationsmaterial

Das Düsseldorfer Bündnis gegen Depression, eine von zurzeit 20 Institutionen und Organisationen getragene Düsseldorfer Initiative gegen Depression, hat zur Aufklärung von Patienten und Angehörigen zwei Falbblätter und dazugehörige Poster zum Thema Depression entwickelt, die kurz über Symptome und Hintergründe der Krankheit informieren. Daneben bieten die Falbblätter zahlreiche Düsseldorfer Anlaufadressen der ambulanten und stationären und sozialpsychiatrischen Versorgung.

Die Falbblätter und Poster können zur Auslage in Klinik und Praxis kostenlos über die folgende Internetkontaktadresse:

www.depression-duesseldorf.de

oder unter Düsseldorfer Bündnis gegen Depression, c/o Ärztekammer Nordrhein, Stabsstelle Kommunikation, Abteilung Gesundheitsberatung, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, bestellt werden.



Fortbildungen für Hausärztinnen und Hausärzte

Termin: 7. September 2005, 14:00-18:00 Uhr
Thema: Depressionen leichter erkennen und ansprechen
Referenten: Dr. med. Katharina Belitz, Dr. med. Albrecht Franz Ernst
Zielgruppe: Hausärzte
Veranstaltungsort: Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Erdgeschoss, Raum AC-EG 1.1-4

Eine Anmeldung ist erforderlich.
 Die Veranstaltung ist gebührenfrei und wird mit 5 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Termin: 14. September 2005, 14:00-18:00 Uhr
Thema: Depressionen leichter erkennen und ansprechen
Referenten: Dr. med. Wolfgang Wittgens, Dr. Dipl.-Psych. Michael Schreiber
Zielgruppe: Hausärzte
Veranstaltungsort: Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Erdgeschoss, Raum AC-EG 1.1-4

Eine Anmeldung ist erforderlich.
 Die Veranstaltung ist gebührenfrei und wird mit 5 Fortbildungspunkten zertifiziert.