

# Grundlagen der Begutachtung perinatologischer Zwischenfälle

*Ergebnisse einer Tagung der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen*

von *Ulrich Smentkowski*

An den Ergebnissen der Rheinischen Peri- und Neonatalerhebung (vgl. „*Qualitätssicherung in der Geburtshilfe*“, *Rheinisches Ärzteblatt* 3/98, S. 10ff) ist abzulesen, daß Geburten zunehmend sicherer geworden sind. Dennoch nehmen Fragen der durch geburtshilfliche Fehler verursachten kindlichen Schäden im Bereich von Arzthaftpflichtauseinandersetzungen – sei es vor Gericht oder vor der Gutachterkommission – eine besondere Rolle ein. Zum einen bedeuten die gesundheitlichen Folgen für das betroffene Kind und dessen Eltern meist lebenslang belastende Einschränkungen in der Lebensführung, zum anderen sind die geltend gemachten Schadenersatz- und Schmerzensgeldforderungen dementsprechend hoch und erreichen regelmäßig siebenstellige Beträge. In der haftpflichtrechtlichen Begutachtung perinatologischer Zwischenfälle bereitet die Beurteilung der Kausalität etwaiger Behandlungsfehler oder Aufklärungsversäumnisse für eine eingetretene frühkindliche Hirnschädigung regelmäßig besondere Schwierigkeiten.

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat deshalb am 6. und 7. November 1998 in Frankfurt am Main eine Tagung zu diesem Problemkreis veranstaltet, an der Mediziner, Juristen sowie Fachleute der Heilwesen- und gesetzlichen Krankenversicherung als Referenten und Teilnehmer mitwirkten.

Im einleitenden Referat zeigte Assessor Walter Kappler, Hauptabteilungsleiter Heilwesen der Versi-

cherungskammer Bayern, die Bedeutung von Perinatalschäden an der kontinuierlich steigenden Entwicklung der Schadensmeldungen und des Schadenaufwands in der ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung auf.

Hier nehmen nach Darstellung Kapplers in den seiner Gesellschaft gemeldeten Schadensfällen die Fachgebiete Gynäkologie (41 v.H.) und Neonatologie/Pädiatrie (13 v.H.) bei der Verteilung des Schadenaufwands auf die verschiedenen Risikogruppen mit über 50 Prozent eine führende Stellung ein.

## **Schadensbegrenzung durch Risk Management**

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, hat die Bayrische Versicherungskammer, so Kappler, in Zusammenarbeit mit der Bayrischen Rückversicherung die Medirisk GmbH gegründet, ein Unternehmen, das sich schwerpunktmäßig der Durchführung sog. Risk Management-Verfahren widmet. Über die praktische Durchführung solcher Projekte bei mittlerweile 204 durch den Ecclesia Versicherungsdienst in Detmold betreuten Krankenhäusern berichtete Assessor Franz-Michael Petry. Er schilderte am Beispiel einer „Arbeitsablaufplanung Geburtsleitung“, wie die ebenfalls speziell für solche Aufgaben gegründete Gesellschaft für Risikoberatung (GRB) vorgeht, um durch größtmögliche Prozeßtransparenz und eindeutige Aufgabenzuweisung an alle in das Behandlungsgeschehen eingebundenen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbei-

terinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses Fehler im geburtshilflichen Management zu vermeiden. Besondere Betonung legte Petry auf die Erfassung und Auswertung von „Beinahe-Schäden“.

## **Die Rolle des gerichtlichen Sachverständigen**

Professor Dr. jur. Gerhard Schlund, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht München, beschäftigte sich mit den an ein medizinisches Gutachten im Zivilprozeß zu stellenden Anforderungen. Wie schon in früheren Vorträgen (vgl. *Rheinisches Ärzteblatt* 4/96, S.25ff) mahnte er die Ärzte zur Vermeidung der sechs „Todsünden“ des medizinischen Sachverständigen, nämlich der „fachlichen Eitelkeit“, der unzulässigen Delegation der Verantwortung auf ärztliche Mitarbeiter, der unzulässigen „Amtsermittlung“, der Überforderung des richterlichen Verständnisses durch Verwendung einer unverständlichen Fachsprache, der unzulässigen „Ausflüge“ in rechtliche Fragen und der „Irreführung“, etwa wenn die Zusammenfassung des Gutachtens nicht von den vorhergehenden Ausführungen gedeckt werde.

## **Krankenkasse geht Ersatzansprüchen nach**

Eckhart Schupeta, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK) Hamburg, erläuterte Motive und Vorgehen der DAK bei der bereits abgeschlosse-

nen systematischen Auswertung von z.Zt. rund 2.500 geburtshilflichen Fallakten aus den Jahren 1983 bis 1989. In diesen Fällen, in denen Eltern Pflegeleistungen für ein behindertes Kind beantragt hatten, habe die Krankenkasse ihrem in den §§ 116 SGB X und 66 SGB V erteilten Auftrag entsprechend geprüft, ob die Behinderung Folge von Behandlungsfehlern bei der Geburtsleitung sei. In zwölf Fällen sei bereits Schadenersatz geleistet, in weiteren rund 50 Fällen ein ernsthafter Behandlungsfehlerverdacht erhoben worden. In die Prüfung seien nun auch 1.500 weitere Fälle aus den Jahren 1990 bis 1996 einbezogen worden. Bei den Begutachtungen hätten sich im wesentlichen zwei Fehlerkategorien herausgestellt, nämlich in rund 60 Prozent der Fälle organisatorische Mängel wie z.B. Nichterreichbarkeit von Ärzten und in etwa 40 Prozent ärztliche Fehler im engeren Sinne wie z.B. die Nichterkennung einer kindlichen Entwicklungsverzögerung oder einer vorzeitigen Placentalösung während der Schwangerschaftsbetreuung. Schupeta schlug vor, in Zusammenarbeit zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, der Ärzteschaft und den ärztlichen Berufshaftpflichtversicherern einen Pool geeigneter Gutachter zu bilden und gemeinsam Standards für die Begutachtung festzulegen.

#### **Häufigste Fehler und Maßnahmen zur Vermeidung**

Den für die Begutachtung perinatologischer Zwischenfälle zweifellos wichtigsten Teil der Veranstaltung bildeten die ärztlichen Fachvorträge aus geburtshilflicher und neonatologisch/neuropädiatrischer Sicht. Prof. Dr. med. J.W. Dudenhausen, Direktor der Klinik für Geburtsmedizin am Virchow-Klinikum Berlin, stellte in seinem Vortrag zum „state of the art in der Geburtshilfe“ die häufigsten Fehler heraus: Die Nichterkennung einer vitalen fetalen Gefährdung, die verspätete oder

fehlende Reaktion auf Gefährdungszeichen und eventuelle Entscheidung zur Sectio, die verspätete Hinzuziehung eines Arztes, Oberarztes oder Neonatologen, fehlende Zuständigkeitsregelungen zwischen Hebamme und beteiligten Ärzten sowie unzureichende Überwachung und Versorgung des Neugeborenen. Er empfahl zur Vermeidung bzw. Beherrschung kritischer Situationen die ständige Anwesenheit einer Hebamme und eines Arztes mit geburtshilflichen Kenntnissen und Erfahrungen, die ständige Verfügbarkeit eines Facharztes, eine kompetente ärztliche Befundung des Cardiotokogramms, ferner schriftliche Anweisungen der Klinikleitung zur Abgrenzung der Verantwortungsgebiete von Arzt und Hebamme, über die Hinzuziehung des Oberarztes und über die Benachrichtigung des Neonatologen, einen Katalog der Verlegungsindikationen von Neugeborenen in die Kinderklinik sowie Maßnahmen zur Beherrschbarkeit geburtshilflicher Standardsituationen wie z.B. einer Notsectio, einer sekundären Sectio oder einer vaginal-operativen Entbindung.

#### **Perinatale Hypoxie und ihre Folgen**

Im Anschluß an einen instruktiven Bericht von Professor Dr. med. Peter Lemburg, Direktor der Abteilung Neonatologie am Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Düsseldorf, über die spezifischen Probleme der neonatologischen Versorgung und Betreuung der Eltern z.B. extrem frühgeborener Kinder befaßte sich zuletzt Professor Dr. F.J. Schulte, ehemaliger Direktor der Kinderklinik des Universitätskrankenhauses Eppendorf in Hamburg, aus der Sicht des Neuropädiaters mit den Problemen der Kausalität von Fehler und Schaden bei geburtshilflichen Komplikationen.

Nach Schulte kann eine geburtsassoziierte Hirnschädigung – in Abgrenzung zu anderen, prä- oder postnatalen Ursachen frühkindlicher Hirnleistungsstörungen – nur unter bestimmten Voraussetzungen

angenommen werden. Wesentliches Merkmal sei, so Schulte, das Vorliegen einer Cerebralparese. Zu dieser in etwa 2,5 Promille der Gesamtbevölkerung vorkommenden, häufig auf bestimmte Risikogruppen bezogenen, aber nur in 10 – 20 Prozent der Fälle geburtsassoziierten Hirnschädigung müßten bei reifen Neugeborenen ein „fetal distress“, eine Depression vitaler Parameter, ein neurologisches Durchgangssyndrom und eine typische bildgebende Sequenz morphologischer Hirnparenchymveränderungen bzw. -substanzdefekte in der postpartalen Phase hinzutreten, um die Annahme eines unter der Geburt eingetretenen Hirnschadens zu rechtfertigen. Dies gelte nicht in gleicher Weise für spastische Diplegien bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 2.500g, bei denen es auch unter optimierten Behandlungsbedingungen in 10 – 15 Prozent zu psychoneurologischen Störungen komme. Ein häufiger Grund hierfür sei in der Unreife der cerebralen arteriellen Gefäßversorgung dieser Kinder zu sehen.

Die Ausführungen von Schulte machten deutlich, daß die Beurteilung der Kausalität von Fehlern bei der Geburtshilfe für einen kindlichen Hirnschaden und damit der Schadenersatzverpflichtung besonders schwierig, anspruchsvoll und nicht selten auch unsicher ist. Bei der Begutachtung derartiger Fälle wird deshalb neben einem geburtshilflichen Gutachten, das zur Feststellung von Behandlungsfehlern gelangt, im Regelfall auch die Einholung eines neuropädiatrischen Gutachtens unverzichtbar sein.

In der abschließenden Diskussion nahm die Erörterung der Frage breiten Raum ein, wie sich die Budgetierung im Gesundheitswesen, eine unzureichende Stellenausstattung und die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes auf die Sicherstellung einer adäquaten geburtshilflichen Versorgung und die Behandlungsfehlerrisiken auswirken.

In diesem Zusammenhang wurde nicht nur von seiten der Krankenkassen eine weitere Konzentration der geburtshilflichen Tätigkeit auf geeignete Perinatalzentren gefordert.