

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 09/2009

Kasuistik

Die 40-jährige Frau wurde in ihrer ersten Schwangerschaft von der siebten Schwangerschaftswoche (SSW) an durch einen niedergelassenen Frauenarzt betreut, der in der 24 + 5 SSW erstmals einen Grenzwert des Blutdrucks zur Hypertonie feststellte (RR 140/90 mm Hg). Die nächste Kontrolle erfolgte vier Wochen später (29 + 5 SSW). Sie ergab einen Blutdruckwert von 130/85 mm Hg. Als Hinweis auf eine Ödembildung kam es innerhalb von vier Wochen zu einer Gewichtszunahme von 4 700 Gramm, was etwa 1 170 Gramm pro Woche entspricht. In der 30 + 5 SSW erfolgte die letzte Blutdruckkontrolle in der Sprechstunde des Frauenarztes. Sie ergab einen Wert von 170/100 mm Hg. Die Gewichtszunahme betrug nochmals 700 Gramm. Im Ultraschall wurde ein Wachstumsstillstand des Feten festgestellt. Hypertonus und Oedeme wurden weder therapiert noch kurzfristig kontrolliert. Es erfolgte auch keine stationäre Einweisung. Die nächste Kontrolle war in vier Wochen vorgesehen. In der 34 + 1 SSW erlitt die Antragstellerin zu Hause einen eklampthischen Krampfanfall, stürzte und zog sich dabei ein temporofrontoparietales Kopfschwartenhämatom zu. Sie war danach nicht mehr ansprechbar.

Auf Veranlassung des Ehemannes wies der Notarzt die Patientin in eine Klinik ein. Dort wurde ein HELLP-Syndrom diagnostiziert, gestützt auf die folgenden Laborwerte: Thrombozyten 97.000; GOT 432 U/l; GPT 343 U/l, LDH 886 U/l; Harnsäure 8,9 mg/dl. Das CTG zeigte ein pathologisches Herzfrequenzmuster des Kindes. Durch notfallmäßige Schnittentbindung in der 34 + 1 SSW wurde ein dystrophes asphyktisches Mädchen entwickelt, das dem Reifegrad der 31 + 1 Schwangerschaftswoche entsprach (Geburtsgewicht 1.915 g, Länge 43 cm, Kopfumfang 31,5 cm Apgar 2/6/9, Nabelarterien pH 7,17). Das Kind wurde 20 Minuten nach der Geburt von den Neonatologen der Kinderklinik übernommen und intubiert. Es bestanden bei der Geburt keine Entzündungszeichen. Am vierten Lebenstag entwickelte das Kind eine Neugeborenensepsis mit später nachgewiesenem Keim *Enterobacter cloacae*. Die antibiotische Therapie erfolgte zunächst mit Ampicillin und Tobramycin. Nach Vorliegen des Antibiogramms, das eine Ampicillinresistenz ergab,

www.schlichtungsstelle.de
info@schlichtungsstelle.de

Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen
Ärztekammern GbR
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Telefon:
+49 511 / 380 -2416 oder
+49 511 / 380 -2420

wurde auf Fosfomycin, Meropenem und Gernebcin umgesetzt. Trotz intensiver Therapie ist das Kind am 19. Lebenstag an einer Meningitis verstorben.

Die Kindsmutter hatte nach der Entbindung ausgeprägte, doch reversible neurologische Störungen. Es bestanden ein posteriores reversibles Enzephalopathie-Syndrom und in Folge des Sturzes das genannte Kopfschwartenhämatom. Später bildeten sich die neurologischen Störungen vollständig zurück, ebenso das Kopfschwartenhämatom. Bis zur Entlassung normalisierten sich die Leberwerte. Es persistierte noch ein mäßiger Hypertonus.

Die Antragstellerin wirft dem behandelnden niedergelassenen Gynäkologen eine fehlerhafte Betreuung in der Schwangerschaft vor. Sowohl der Tod des Neugeborenen als auch ihre Gesundheitsschäden wären darauf zurückzuführen.

Aus dem Gutachten der Schlichtungsstelle

Die von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachterin kommt hinsichtlich der Behandlung durch den niedergelassenen Frauenarzt zu der Feststellung, dass bereits der in der 24 + 5 SSW gemessene erhöhte Blutdruck engmaschig zu kontrollieren und gegebenenfalls zu therapieren gewesen wäre. Aufgrund des in der 29 + 5 SSW gemessenen Blutdruckwerts von 170/100 mm Hg sei in Verbindung mit dem im Ultraschall festgestellten Wachstumsstillstand des Feten eine stationäre Behandlung zwingend erforderlich gewesen. Das wäre fehlerhaft unterlassen worden.

Zu bemängeln seien auch die nicht erfolgte Bestimmung von Laborparametern wie Leberwerten, Harnsäure, Thrombozyten, Hämoglobin und Hämatokrit zum Ausschluss eines HELLP-Syndroms sowie nicht regelmäßig durchgeführte Kontrollen durch CTG und Dopplersonographie. Der bestehende Hochdruck, der weder kontrolliert noch therapiert wurde, hätte als Warnsignal für eine sich später entwickelnde Eklampsie gewertet werden müssen. Bei rechtzeitiger stationärer Einweisung mit zeit- und sachgerechter Therapie der schweren Präeklampsie wäre es möglicherweise nicht zur Eklampsie und zum HELPP-Syndrom gekommen. Auch hätte dann die Lungenreife beim Kind früher induziert werden können.

Die vorzeitige Entbindung mit der Folge einer Frühgeburt des Kindes in der 34 + 1 SSW wäre nach Meinung der Gutachterin auch bei adäquater antihypertensiver Therapie der Mutter nicht sicher vermeidbar gewesen. Ob der Tod des Kindes auf die fehlende adäquate Lungenreifeinduktion zurückzuführen sei, solle durch einen Neonatologen beurteilt werden.

Der neonatologische Gutachter gelangte zu der Auffassung, dass das Kind mit einem für die Schwangerschaftswoche typischen Gewicht geboren worden sei. Weder bei der Mutter noch bei dem Neugeborenen wären unmittelbar postpartal Zeichen eines Amnioninfektionssyndroms festzustellen gewesen. Auch die Histologie der Plazenta enthalte keine Hinweise auf eine Infektion.

Erst am vierten Lebenstag hätten erhöhte Körpertemperatur und Laborwerte eine Infektion signalisiert. Daraufhin sei mit einer Antibiotikatherapie begonnen worden. Trotzdem habe sich eine schwere Sepsis mit eitriger Meningitis auf der Basis einer Infektion mit *Enterobacter cloacae* entwickelt, die schließlich zum Tod des Kindes geführt habe. Dabei sei zu berücksichtigen, dass der nachgewiesene Keim eine hohe Antibiotikaresistenz aufwies. Auch bei früher einsetzender Therapie habe die Gefahr hoher Mortalität bestanden. Bei 30 Prozent der überlebenden Kinder sei mit schweren Veränderungen des Hirngewebes zu rechnen. Der Tod des Kindes wäre Folge der Infektion und lasse sich nicht auf die fehlende Induktion der Lungenreifung zurückführen.

Die Schlichtungsstelle gelangte in Würdigung beider Gutachten und unter eigener Urteilsbildung abschließend zu folgender Bewertung des Sachverhalts:

Die Behandlung der 40-jährigen Erstgraviden durch den in Anspruch genommenen Frauenarzt nach Feststellung eines erhöhten Blutdrucks in der 24 + 5 SSW und einer übermäßigen Gewichtszunahme in der Schwangerschaft war fehlerhaft. Mit kurzfristigen Kontrollen des Blutdrucks, ergänzt durch gezielte Laboruntersuchungen sowie frühzeitiger Einweisung in stationäre Behandlung, spätestens in der 30 + 5 SSW bei Anstieg des Blutdrucks auf 170/100 mm Hg und im Ultraschall nachgewiesenem Wachstumsstillstand des Kindes, hätten mit hoher Wahrscheinlichkeit die Eklampsie und das HELLP-Syndrom verhindert werden können.

Der Tod des Kindes war nicht beweisbar auf einen ärztlichen Fehler zurückzuführen, insbesondere nicht auf eine fehlende medikamentöse Induktion der Lungenreifung. Hier folgte die Schlichtungsstelle dem neonatologischen Gutachter.

Als fehlerbedingte Gesundheitsschäden waren die Eklampsie und das HELPP-Syndrom mit den daraus resultierenden Folgen (posteriores reversibles Enzephalopathie-Syndrom und temporofrontoparietales Kopfschwartenhämatom) zu qualifizieren.

Es wurde insoweit eine außergerichtliche Regulierung von Haftungsansprüchen empfohlen.