



05. März 2018  
EINGANG

Gutachterkommission

Datum und Zeichen Ihres Schreibens

Mein Zeichen

Datum  
29.01.2018

Antragstellerin:

S [REDACTED] (Mutter),

Ehemann Dr. M [REDACTED]

O [REDACTED] 02.2013

aus [REDACTED]

vertreten durch Rechtsanwälte [REDACTED]

Beschuldigte Klinik:

1.)

Dr.

B

2.) Dr.

A

Arzt für HNO-Heilkunde,



[REDACTED]

in dem o. g. Antrag wird ein

### **geburtshilflich-gynäkologisches Fachgutachten**

erstellt. Das Verfahren wird nach Lex Balke durchgeführt. Dabei soll geprüft werden, ob die eingetretene Geburtsverletzung bei der Mutter und die Schwerhörigkeit des Neugeborenen auf eine unzureichende Einhaltung der Hygiene bei den Untersuchungen vor der Geburt und eine unsachgemäße Geburtshilfe zurückzuführen sind. Ferner soll geprüft werden, ob die Schwerhörigkeit des Neugeborenen diagnostisch erkannt wurde.

Dem Gutachten liegen zugrunde:

1. Die Akten der Gutachterkommission einschließlich der von den Eltern zur Verfügung gestellten Unterlagen und Anlagen. Darunter auch 61 Fragen zur Geburtsakte und zum Geburtsverlauf (Anlage 2 und 3),
2. eine Stellungnahme von Herrn Dr. [REDACTED] B [REDACTED] mit Datum vom 02.02.2017,
3. eine weitere Stellungnahme des Geschäftsführers des [REDACTED] mit Datum vom 07.04.2017,
4. weitere Stellungnahmen der Antragsteller und des Antragsgegners entsprechend den vorliegenden Unterlagen, zuletzt vom 22.01.2018,
5. die **Zurückziehung des Verfahrens gegen Herrn Dr. A [REDACTED]** mit Datum vom 14.08.2018, da bereits Klage erhoben wurde,

6. die Krankenblattunterlagen über den Behandlungszeitraum in Kopie,
7. eine Kopie der Krankenblattunterlagen, überreicht von den Antragstellern einschließlich einer CD-ROM. Die CD-ROM enthält insgesamt 9 Anlagen, die - wie festgestellt werden konnte - überwiegend auch als Kopie in den Unterlagen beiliegen. Anlage 1 enthält Schilderungen der Patientin S [REDACTED], Anlage 2 enthält Stellungnahmen des Ehemannes, Dr. M [REDACTED], Anlage 3 Fragen zur Geburtsakte und Verlauf (oben bereits erwähnt). Anlage 4 das Geburtsjournal der Hebamme, Arztberichte und Blutwerte und anderes sowie Untersuchungsbefunde des Neugeborenen, Anlage 5 erneute Unterlagen der Patientenakte, Anlage 6 den Mutterpass von Frau S [REDACTED], Anlage 7 das U-Heft von C [REDACTED] mit dem Eintrag einer Hörschädigung und der Anpassung eines Hörgerätes für den Gutachter erkennbar erstmals am 02.04.2014, eingetragen. Anlage 8 Impfbuch C [REDACTED]. Anlage 9 weitere Befunde, unter anderem aus der Klinik für HNO-Heilkunde [REDACTED] bei denen eine sensorineurale Schwerhörigkeit beiderseits bei C [REDACTED] festgestellt wurde, rechts hochgradig bis an Taubheit grenzend, links an Taubheit grenzend, ferner eine audiogene Sprachentwicklungsstörung mit der Angabe, dass die 20 Monate alte C [REDACTED] erstmals am 08.10.2014 vorgestellt wurde, nachdem in der Kindertagesstätte der Verdacht auf eine Hörstörung geäußert wurde.



## SACHVERHALT

Frau [REDACTED] wurde in der Schwangerschaft von ihrer Frauenärztin Frau Dr. [REDACTED] betreut. Nach den Unterlagen erwartete sie ihr erstes Kind. Das Ausgangsgewicht der 32-jährigen Patientin vor der Schwangerschaft betrug 58 kg bei einer Größe 168 cm. Der errechnete Geburtstermin war der 16.02.2013. Nach den vorliegenden Untersuchungen war der Schwangerschaftsverlauf unauffällig, die letzte Vorsorgeuntersuchung ist am 31.01.2013 in der 38. Schwangerschaftswoche eingetragen. Es wurden insgesamt acht Ultraschalluntersuchungen im Mutterpass dokumentiert. Die letzte Ultraschalluntersuchung fand am 17.01.2013 statt. Die Untersuchungsbefunde waren jeweils unauffällig. Ferner sind drei Kardiotokogrammuntersuchungen dokumentiert, zuletzt am 06.02.2013 mit unauffälliger kindlicher Herzfrequenz.

Am [REDACTED] 02.2013 stellte sie sich in der 39+3. Schwangerschaftswoche mit einem vorzeitigen Blasensprung in der Klinik vor. Nach den Unterlagen und den Darstellungen der Patientin war die Fruchtblase um 01:00 Uhr morgens, am [REDACTED] 02.2013 geplatzt und sie hatte daraufhin ihre Beleghebamme, Frau [REDACTED] Z[REDACTED] informiert, die nach einem CTG mit unauffälligen Herztönen der Patientin sagte sie könne noch abwarten. Am nächsten Morgen riet sie ihr bei noch unreifer Zervix die Klinik aufzusuchen. Dort stellte sie sich kurz vor 13:00 Uhr vor. Es findet sich der Eintrag mit dem Kürzel Z[REDACTED] (wahrscheinlich der Beleghebamme): Aufnahme der Gravida in der 39+2. SSW mit vorzeitigem Blasensprung seit heute 01:00 Uhr; Abgang von wenig klarem Fruchtwasser.

Nach Registrierung eines CTGs findet sich um 13:30 Uhr ein Untersuchungsbefund, nach den Schriftwechseln vom [REDACTED] Dr. B[REDACTED], der lautet: Kopf tief, Muttermund sakral, verstrichen, 2 cm, Spekulum (soweit lesbar) klares Fruchtwasser → Braunüle, Antibiose Ampicillin 2 g i. v. → Einleitung... 50 µg Cytotec.

Diese Dosis wurde mit Uhrzeit von 14:20 Uhr oral verabreicht. Die erste Penicillingabe erfolgte gegen 15:00 Uhr.

Offensichtlich trat danach eine Wehentätigkeit auf. Es heißt um 16:10 Uhr Gravide veratmet WT (Wehentätigkeit, der Gutachter) sehr gut, um 17:00 Uhr ist der Muttermund auf 5 cm eröffnet mediosakral. In der Folgezeit bekommt die Patientin Buscopan und andere Schmerzmittel und geht anschließend ins Bad.



Um 18:15 Uhr wird ihr eine PDA, die jedoch noch nicht gewollt wurde. Daher wurde zur Schmerzerleichterung 1,5 mg Meptid gegeben.

Der Muttermundbefund ist zu diesem Zeitpunkt 6 bis 7 cm. Die Befunde sind jeweils mit Z abgezeichnet. Kurz darauf hat die Patientin stärkeres Druckgefühl und der Muttermund ist um 18:45 Uhr vollständig. Um 19:00 Uhr heißt es mit der Abkürzung B CTG normal (N), Patientin Vierfüßlerstand und Haare in der Wehe sichtbar (soweit lesbar). In der Folge bekommt die Patientin zur Wehenunterstützung zusätzlich Oxytocin mit 10 ml/Stunde beginnend. Dieser Befund ist mit B abgezeichnet.

19.40 Uhr: zurück in Rückenlage, nach Desinfektion K-Urin.

19.50 Uhr unzureichender Geburtsfortschritt

Um 19:55 Uhr heißt es: Kristeller-Hilfe, Kopf schneidet ein, Bradykardie, mediane Episiotomie. Entwicklung eines lebensfrischen Mädchens. Die APGAR-Werte nach 1, 5 und 10 Minuten werden mit 9/10/10 angegeben, der Nabelschnurarterien-pH beträgt 7,25.

Um 20:30 Uhr folgt die Plazenta spontan und vollständig.

Bei der anschließenden Untersuchung in Lokalanästhesie heißt es: Sphinkteranriss < 50 %. Es folgt anschließend die Naht des Risses und der Episiotomie. Die rektale Untersuchung wird als unauffällig bezeichnet. Zur weiteren Überwachung bleibt die Patientin im Kreißsaal, wobei der Blutdruck relativ hypoton ist. Nach Gabe von Schmerzmitteln wird die Patientin schließlich gegen 01:45 Uhr auf die Station verlegt. Die Uhrzeit der Geburt wird mit 20:00 Uhr am 02.2013 angegeben. Die Tochter wog bei der Geburt 3.615 g bei einer Länge von 53 cm.

Die Entlassungsuntersuchung der Mutter findet am 14.02.2013 durch Dr. B statt und ist gesondert dokumentiert. Die Patientin stillt. Auch die weitere Entwicklung des Kindes ist nach den Unterlagen unauffällig. der Hörtest (OAE) wird als beiderseits unauffällig bezeichnet. Die Entlassungsuntersuchung des Kindes wird ebenfalls als unauffällig bezeichnet. Ein Abstrich aus dem kindlichen Ohr, der am 12.02.2013 im Labor eingegangen ist, ergibt Staphylococcus spp., Koagulase negativ nach Anreicherung, wobei dieser Befund zur normalen Hautflora gezählt wird. Eine antibiotische Behandlung wird als nicht notwendig bezeichnet.

Die Kardiotokogramme, die in Kopie beiliegen, beginnen um 13.04 Uhr und es besteht eine leichte unregelmäßige Wehe bis zum Ende gegen 15.30 Uhr.



Die weitere Registrierung beginnt um 18.11 Uhr mit regelmäßiger Wehentätigkeit alle 1-3 Minuten. Nach 19.20 Uhr finden sich vermehrte Dezelerationen, in den letzten Minuten vor der Geburt besteht eine Bradykardie von 80 spm.

Über O. [REDACTED] gibt es einen eigenen Arztbrief, der unterzeichnet ist vom [REDACTED] Kinderklinik Herrn [REDACTED] und der [REDACTED]. Er bezeichnet die Untersuchung des Kindes sowohl bei Aufnahme wie auch bei der Entlassung als unauffällig. Das erweiterte Neugeborenen-Stoffwechselscreening wurde abgenommen und soll mitgeteilt werden. Das Blutbild des Kindes war unauffällig, der CRP-Wert negativ. Die von den Eltern zur Verfügung stehende Kopie entspricht bezüglich des Krankenblattes den Unterlagen, die von der Klinik selber vorgelegt werden.

Auf einem der CTG-Befunde findet sich mit „grün“ der Eintrag: Name und Geburtsdatum einer anderen Patientin. Die Befunde stammen aus der Zeit von ca. 15:30 Uhr. An einer anderen Stelle im CTG wird ein Zeitsprung vermutet.

Ferner liegen Unterlagen der Karteikarten von dem nachbehandelnden Kinderarzt vor. Der Name geht aus den Kopien nicht hervor. Hier findet sich auf dem Deckblatt der Eintrag: Hörtest o. B. bei „HNO“. Darunter: Sensorineurale Schwerhörigkeit beiderseits, Hörgeräte November/2014. Folgt man den kinderärztlichen Unterlagen, findet sich dort im Februar 2014 erstmals die Angabe, dass ein Hörtest wiederholt wird. In der Folgezeit heißt es, dass das Kind wenig spricht. Es besteht offensichtlich auch der Verdacht auf einen Paukenerguss und es werden symptomatische Maßnahmen durchgeführt.

Erstmals bei der U7 ist dann im Untersuchungsheft ein Hörgerät vermerkt, soweit erkennbar ist das Datum der 23.03.2015. Unter sonstige Bemerkungen heißt es: Hörgeräte seit November/2014, Sprachentwicklung „mit Hörgerät“, geistige Entwicklung gut. Der Befund trägt den Stempel des Kinderarztes Dr. [REDACTED].

In einem Brief an den HNO-Arzt Dr. A. [REDACTED] werfen die Eltern ihm vor, dass er bei Verdacht auf Hörminderung lediglich einen Paukenerguss festgestellt und sie damit getröstet habe. In der Folgezeit sei dann eine hochgradige Innenohrschwerhörigkeit festgestellt worden, sodass ihre Tochter nunmehr seit anderthalb Jahren mit Hörgeräten versorgt sei. Bei entsprechend früherer Diagnosestellung hätte diese Versorgung sehr viel früher stattfinden können und damit wäre die Entwicklung des Kindes besser gewesen.

Ferner findet sich unter dem Datum vom 04.11.2014 der Brief der HNO-Klinik, [REDACTED] [REDACTED] der oben bereits zitiert wurde. Dabei wird wie dargestellt darauf hingewiesen, dass bereits in der Kindertagesstätte der Verdacht auf eine Hörstörung geäußert worden sei. Die HNO-Klinik hatte ebenfalls den Verdacht auf eine beidohrige



Hörstörung und hatte eine entsprechende Päd-Audiologische Diagnostik eingeleitet (Hirnstammaudiometrie), bei der dann die Diagnose gesichert werden konnte. C. hatte im Alter von 20 Monaten lediglich Papa, Mama und [REDACTED] gesprochen, die motorische Entwicklung war jedoch unauffällig. Eine regelmäßige Kontrolle des Kindes wurde von der leitenden Ärztin, Frau Professor Dr. [REDACTED] empfohlen.

Die Eltern erheben zahlreiche Vorwürfe mit Fragen und Kritik an den [REDACTED] Herrn Dr. B. [REDACTED]

Die 61 Fragen umfassen die Themenkreise: Notwendigkeit der Einleitung und vaginalen Aufnahmeuntersuchung, Aufklärung, Hygienebedingungen, Antibiose, Cytotec-Gabe, Geburtsposition und Meptid Gabe (Analgesie), K-Urinabnahme, Oxytocingabe und Kristellerhilfe, CTG Befunde, Dammschnitt und Befund der Hand der Tochter am Gesicht in der Pressperiode.

## GUTACHTERLICHE STELLUNGNAHME UND BEURTEILUNG

Die 32-jährige Patientin, Frau S. [REDACTED] erwartete ihr erstes Kind. In der 40. SSW, 5 Tage vor Termin trat ein vorzeitiger Blasensprung auf. Sie hatte als Beleghebamme Frau [REDACTED] Z. [REDACTED] die sie am Morgen des [REDACTED] 02.2013 in die Klinik begleitete.

Dort konnte der Blasensprung im [REDACTED] bestätigt werden.

Zum Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung existiert zurzeit keine gültige Leitlinie. Bei der abgelaufenen Leitlinie zum Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung wird insbesondere auf das Management in den frühen Schwangerschaftsstadien Bezug genommen. Einigkeit besteht aus dieser Leitlinie, dass bei einer beginnenden Infektion aufgrund des Blasensprungs mit der Gefahr eines Amnioninfektionssyndroms die Schwangerschaft sofort beendet werden muss. Dies gilt auch für frühe Schwangerschaftsstadien.



Auch am Termin kommt es innerhalb von wenigen Stunden zu einer aufsteigenden Infektion, wenn zwischen Scheide und Uterushöhle keine Barriere mehr besteht. Ursache eines vorzeitigen Blasensprungs ist häufig ein erhöhter Innendruck, zum Beispiel bei Zwillingsschwangerschaften oder Polyhydramnion. Oft aber auch eine Infektion am unteren Eipol, die zu einer verminderten Stabilität der Eihäute und dann zum Blasensprung führt. Im Einzelnen kann die Ursache bei Feststellung des Blasensprungs nicht bestimmt werden.

Aus diesen Ausführungen wird jedoch schon deutlich, dass die Amnion-Infektion sowohl für die Mutter, besonders aber auch für das Kind ein erhöhtes Risiko darstellt. Daher wird eine frühzeitige Antibiose bei vorzeitigem Blasensprung in der weiteren Therapie empfohlen.

Dabei gibt es keine verbindliche Festlegung, ab wann eine Antibiose zum Beispiel mit Penicillin durchgeführt wird. Während viele Krankenhäuser als internen Standard ein Intervall von 8 Stunden festlegen, warten andere Krankenhäuser 12 Stunden und länger. Dies ist eine Einzelfallentscheidung, über die es meist Standards in den einzelnen Kliniken gibt. Wie aus der Diskussion mit der Klinik hervorgeht, bestanden offensichtlich auch dort Standards, die allerdings in den Unterlagen nicht vorliegen.

Ein solcher Standard wird auch von der Beleghebamme in einer Bescheinigung bestätigt. Auf jeden Fall ist es sachgerecht, nach einem vorzeitigen Blasensprung um 1:00 Uhr morgens nach einem Intervall von 12 Stunden, wie im vorliegenden Fall bei Aufnahme gegen 13 Uhr, eine Penicillin-Antibiose durchzuführen.

Das Risiko für die Mutter besteht maximal in einer Penicillinallergie. Die Vorteile überwiegen jedoch alle diskutierten Nachteile.

Wenn eine Penicillinallergie nicht vorhanden ist, muss somit das Risiko eines Amnioninfektionssyndroms und Gefährdung des Kindes höher eingeschätzt werden als potentielle Risiken einer antibiotischen Therapie. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang das sogenannte Mikrobiom. Dabei handelt es sich um die Besiedlung des Kindes mit physiologischen Bakterien, deren Gleichgewicht gestört sein soll.

Eine solche Diskussion besteht seit Jahren auch in der Bundesbehörde IQTIG, die die Standards für die Kliniken festlegt, ohne dass es belastbare Untersuchungen und Ergebnisse hierzu gibt.

Im gleichen Zusammenhang wird auch die Geburtseinleitung diskutiert. Bei abwartendem Verhalten und späterem Eintritt einer regelmäßigen Wehentätigkeit steigt die Gefahr der



aufsteigenden Infektion an. Daher wird in vielen Kliniken nach zwölf und mehr Stunden eine Weheneinleitung durchgeführt. Führt man eine solche Weheneinleitung nicht durch, tritt trotzdem meistens innerhalb von 24 bis 48 Stunden ein spontaner Wehenbeginn mit Geburt des Kindes ein, allerdings mit höherer Gefahr einer Infektion.

Nach Aufklärung der Mutter ist eine solche Geburtseinleitung wie im vorliegenden Fall nach 12 und mehr Stunden mit Cytotec allgemein in deutschen Kliniken üblich und praktiziert, auch wenn im CTG bei Frau [REDACTED] eine leichte unregelmäßige Wehentätigkeit registriert ist. Die Schmerzhaftigkeit der Untersuchung kann vom Gutachter nicht beurteilt werden. Eine Eipollösung, von der in den Schriftwechseln die Rede ist, beinhaltet die Mobilisierung der Fruchtblase zur Wehenauslösung, die aber bei Frau [REDACTED] ja bereits gesprungen war und somit nicht mehr bestanden haben kann. Daher handelt es sich nach der Dokumentation um eine Untersuchung zur Beurteilung der Cervixreife nach Blasensprung, die indiziert ist.

Die Gabe von Cytotec ist zwar ein Off-Label-Use von Misoprostol. Es wird jedoch allgemein nach einer Umfrage an den Kliniken, die im „Frauenarzt“ veröffentlicht wurde an über 80% der Abteilungen mit großem Erfolg angewendet und gilt international als eines der wichtigsten Medikamente bei der Geburt. Trotzdem handelt es sich um einen Off-Label-Use, der mit der Mutter besprochen werden muss. Warum die hierzu durchgeführte Aufklärung nur von der Mutter unterschrieben wurde lässt sich von mir nicht beurteilen. Eine wissentliche Unterlassung der Unterschrift des Arztes macht jedoch keinen Sinn, so dass ich hier keinen Aufklärungsfehler zu erkennen vermag.

Das Aufklärungsformular zur Gabe von Misoprostol ist meines Erachtens nicht zu beanstanden. Warum unter „Vorteile“ auf Seite 2 der Aufklärung zwischen Punkt 2 und 3 Leerzeilen bestehen, kann ich nicht erklären. Ich sehe hierin jedoch kein bewusstes Unterschlagen oder keinen Versuch einer bewussten Fälschung.

Inwieweit die Gabe von Wehenmitteln eingesetzt werden müssen, wird immer kontrovers gesehen. Zumindest der Beginn der Geburt wird dadurch unterstützt.

Die Dosis von 50 µg ist eine allgemein heute übliche Standarddosis, niedrigere Dosen sind 25 µg bzw. 100 µg als Oberdosis. Die Standarddosis mit 50 µg ist heute in den Kliniken akzeptiert und wird als angemessen angesehen. Eine niedrigere Dosis wird gelegentlich bei besonderen Risiken eingesetzt.

Bei der der Frage der Analgesie ist die Gabe von Meptid, insbesondere bei Wehenschmerzen bei denen die Gabe der PDA mit der Mutter wie hier besprochen wird, als Alternative Standard und allgemein üblich. handelt es sich um ein opiumähnliches



Medikament. Auch hier handelt es sich um eine Standarddosierung, die in fast allen Kliniken der Bundesrepublik üblich ist

Auch die Aufnahme mit Kontrolle des Blasensprungs durch Spekulum-Untersuchung ist grundsätzlich ein allgemein praktiziertes Verfahren, da ein Arzt eine Geburtsleitung nur dann durchführen wird, wenn tatsächlich der Blasensprung auch gesichert ist und zudem keine Zusatzrisiken wie Verfärbung des Fruchtwassers vorliegen.

Insofern kann die Untersuchung von Dr. B. nicht als fehlerhaft oder unnötig bezeichnet werden. Im Gegenteil, es handelt sich um eine eindeutig indizierte Maßnahme. Inwieweit die Patientin mit Dr. B. nicht einverstanden war oder sich einen anderen Untersucher wünscht, lässt sich aus den Unterlagen nicht erkennen. Für die Beurteilung ist dies auch nicht von Bedeutung.

Bereits wenige Stunden nach der Cytotec-Gabe kam es zu einer stärkeren Wehentätigkeit, so dass die Patientin Schmerzmittel benötigte. Nach den Unterlagen erfolgte auch eine Wechsellagerung und bereits gegen 18:45 Uhr, das heißt knapp fünf Stunden nach Beginn der Weheneinleitung war der Muttermund vollständig und gegen 20:00 Uhr kam es dann zur Geburt des Kindes. Insgesamt handelt es sich für eine Erstgebärende um einen schnellen und zügigen Geburtsfortschritt nach Eintritt des Blasensprungs. Die Kardiotokogramme sind allesamt bis 19.20 Uhr unauffällig. Danach sind allerdings vermehrte Dezelerationen nachweisbar, die die Verwendung von Oxytocin zur Beschleunigung der Geburt ebenso wie die Kristellerhilfe in der Schlussphase plausibel machen.

Auch wenn möglicherweise hier moniert wird, dass die falsch beschriftet sind, wofür ich keinen Anhalt sehe, so besteht für mich kein Zweifel an einer richtigen Registrierung, soweit Kopien dies zulassen. Im Zweifel müssen die Originale vorgelegt werden.

Auch die APGAR- und pH-Werte zum Zeitpunkt der Geburt dokumentieren ein gesundes und vitales Neugeborenes, auch wenn der pH Wert mit 7,25 nur gering über dem Wert der Präazidose liegt, die bei 7,24 beginnt. Dies entspricht den Herztonabfällen in der Schlussphase der Geburt.

Inwieweit die Entleerung der Harnblase notwendig und zwingend war, lässt sich aus den Unterlagen nicht erkennen. In der Endphase der Geburt drückt der Kopf des Kindes auch die Harnröhre, so dass die Blase sich nicht entleeren kann und gelegentlich eine übervolle Blase den Geburtsfortschritt behindert. Daher kann die Blasenentleerung sinnvoll sein. Es können nach der Dokumentation keine Fehler bei der Hygiene festgestellt werden.



Auch die Unterstützung der Wehentätigkeit in der Schlussphase durch Oxytocin ist häufig geübte Praxis bei Erschöpfung der Wehen in der Pressperiode. Natürlich wird man die Mutter darüber informieren. Es kann aus den Unterlagen jedoch nicht erkannt werden, dass hier fehlerhaft oder nicht sachgerecht vorgegangen wurde. Die Oxytocingabe war nach den CTG Veränderungen, ebenso wie die Kristeller Hilfe, wie ausgeführt durchaus vertretbar.

Eine vorsichtige Kristeller-Hilfe kann nicht als fehlerhaft angesehen werden, auch wenn sie wesentlich zurückhaltender und seltener durchgeführt wird als früher.

Die Bezeichnung FIGO auf CTGs bedeuten eine Klassifikation nach der FIGO-Einteilung entsprechend der AWMF Leitlinie zum CTG, die in normal, suspekt und pathologisch eingeteilt werden. Bei S1 soll es sich sicher um ein unauffälliges CTG handeln. Sonst „N“ für normal auch üblich.

Andere Fragen, wie zum Beispiel, warum die Katheterisierung im Stehen durchgeführt wurde, lassen sich anhand der Akten nicht beantworten.

Ein Dammriss ist nicht in jedem Falle zu vermeiden. Wichtig ist hierbei ein guter Dammschutz der Hebamme. Durch eine Kristeller-Hilfe alleine lässt sich sicher kein Dammriss provozieren. Allerdings sollte das Durchschneiden des Köpfchens langsam und vorsichtig stattfinden, wobei Einzelheiten aus dem Geburtsbericht nicht zu ersehen sind. Die Versorgung der Episiotomie und des Dammrisses erfolgte nach den Unterlagen sachgerecht einschließlich der notwendigen rektalen Untersuchung, insbesondere nach Sphinkteranriss. Auch die Frage nach der kindlichen Hand am Köpfchen kann aus den Unterlagen nicht beantwortet werden. Sie betrifft jedoch die Austreibungsphase der Geburt und hat keinen Bezug zur Lage der Hand im Ultraschall vor der Geburt.

Der Wochenbettverlauf nach der Geburt lässt keine Auffälligkeiten einschließlich der Untersuchung des Kindes erkennen. Auch die weitere Betreuung der Mutter, die stillt, und auch die Abschlussuntersuchung einschließlich einer Ultraschalluntersuchung lassen keinerlei ärztlichen Behandlungsfehler erkennen. Ein Zusammenhang mit der später festgestellten Beeinträchtigung des Kindes und der Schwerhörigkeit besteht aufgrund der Akten nicht. Inwieweit die Schwerhörigkeit bereits früher durch den HNO-Arzt hätte festgestellt werden müssen, bleibt allerdings offen. Diese Fragen wird, wie die Eltern mitgeteilt haben, inzwischen gerichtlich entschieden und geklärt, so dass sich ein Zusatzgutachten unsererseits erübrigt.



Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die Eltern waren mit dem Geburtsverlauf extrem unzufrieden. Es werden eine Reihe von Kritikpunkten aufgeführt.

Sie betreffen Fragen der Betreuung durch den [REDACTED] Herrn Dr. E [REDACTED] die Geburtseinleitung und die Leitung der gesamten Geburt selber. Insgesamt handelt es sich um eine schnelle und relativ komplikationslose Geburt mit Ausnahme eines Dammrisses des Sphincter ani. Inwieweit die einzelnen Schritte der Geburt mit der Patientin ausreichend kommuniziert wurden, lässt sich aus den Unterlagen nicht erkennen. Ein ärztlicher Behandlungsfehler ist jedoch nicht festzustellen. Alle notwendigen Maßnahmen bei vorzeitigem Blasensprung für die Einleitung der Geburt mit Gabe von Cytotec, Schmerzmittelgabe, die CTG-Aufzeichnung und die Gabe von Oxytocin entsprechen der allgemein üblichen Praxis in Kliniken. Auch die Dokumentation ist ausreichend und sachgerecht und lässt keinen Fehler erkennen. Der Vorwurf eines Behandlungsfehlers lässt sich daher nicht bestätigen. Die tragische bei der Tochter später festgestellte schwere Hörschädigung lässt die Betroffenheit der Eltern nachvollziehen. Ein Bezug zur Geburt besteht hierbei nicht.

Inwieweit diese Schwerhörigkeit hätte früher festgestellt werden müssen, wird in einem gesonderten Verfahren gerichtlich geklärt, wie die Eltern mitgeteilt haben. Sie sind daher nicht Gegenstand des Verfahrens hier.

[REDACTED]  
Prof. Dr. [REDACTED] W [REDACTED]