

# 33 Sturzgeburt mit Schädelfraktur im Krankenhaus



## Fall

Die damals 24 Jahre alte Mutter des Kindes (der Antragstellerin) wurde wegen vorzeitigen Blasensprungs in der 31. Schwangerschaftswoche in eine Frauenklinik aufgenommen. Nach verschiedenen Untersuchungen stellte sich die Mutter wegen des Auftretens von Wehen gegen 13.30 Uhr im Kreißaal vor. Das registrierte CTG zeigte leichte Kontraktionen.

Um 13.55 Uhr erfolgte eine vaginale Untersuchung durch die Hebamme, die eine Muttermundöffnung von 4 bis 5 cm protokollierte. Aufgrund früherer Geburtserfahrungen der Patientin entschloss man sich, einen Kaiserschnitt vorzunehmen. Das OP-Team wurde 14.03 Uhr verständigt. Es folgte die Lagerung auf dem Operationstisch in Steinschnittlage. Nach Desinfektion der Bauchdecke und Abdecken begab sich das aus den Antragsgegnern bestehende OP-Team an den Operationstisch.

Um 14.23 Uhr erfolgt bei der Intubation plötzlich die Geburt. Das Kind fiel unter den OP-Tüchern unerkant zwischen den Beinen der Mutter hindurch. Die Nabelschnur riss ab, das Kind fiel zu Boden. Es wurde sofort aufgehoben und dem anwesenden Kinderarzt überreicht. Wegen respiratorischer Insuffizienz wurde es beatmet. Es erlitt beim Sturz – sonografisch und radiologisch diagnostiziert – eine horizontale parietale Schädelfraktur links. Es folgten regelmäßige sonografische Untersuchungen des

Gehirns, wobei eine Hirnblutung mehrfach ausgeschlossen wurde. Bei den wiederholten Untersuchungen fiel eine mangelnde Gyrierung als Unreifezeichen bei Frühgeburtlichkeit auf. Bei einer Untersuchung wurde auch eine Seitenventrikelerweiterung festgestellt. Die APGAR-Werte bei der Geburt betragen nach einer Minute drei, nach fünf Minuten fünf und nach zehn Minuten sieben Punkte. Der Nabelarterien-ph war mit 7,38 normal, das Geburtsgewicht betrug 1420 g.

## Diskussion

Die Kommission sah keinen Behandlungsfehler. Zwischen letzter Untersuchung durch die Hebamme und Geburt verging etwa eine halbe Stunde. Eine unbemerkte vollständige Muttermundöffnung in dieser Zeit sei ungewöhnlich, bei einer Drittgebärenden aber durchaus möglich. Ebenfalls ungewöhnlich, bei einer Drittgebärenden aber nicht sicher auszuschließen, sei dann die Geburt in dem vorliegenden kurzen Zeitraum. Die Lagerung der Mutter in Steinschnittlage habe aber dem in Deutschland gebräuchlichen Vorgehen entsprochen. Es kann den beteiligten Ärzten – da keine Anzeichen für eine unmittelbar bevorstehende Geburt ersichtlich waren – letztlich kein fehlerhaftes Verhalten vorgeworfen werden. Inzwischen wird in der betreffenden Klinik, um dergleichen zu vermeiden, zwischen den Beinen der Gebärenden ein Tuch gespannt.

*Aus Fehlern lernen: In loser Folge veröffentlicht das Ärzteblatt Baden-Württemberg ausgewählte und interessante Fälle aus der Arbeit der Gutachterkommissionen für Fragen ärztlicher Haftpflicht.*

*Autorenteam:  
Dr. iur. Eberhard Foth,  
Ulrike Hespeler,  
Matthias Felsenstein,  
Dr. med. Manfred Eissler*