

Fall des Monats – Dezember 2015

CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

Der Fall:¹ Verlegungstransport bei drohender Geburt in früher Schwangerschaftswoche

Zuständiges Fachgebiet: Anästhesiologie

Wo ist das Ereignis eingetreten? Notarztdienst – anderer Ort: Kreißsaal

Tag des berichteten Ereignisses: Wochenende/Feiertag **Versorgungsart?** Notfall

ASA-Klassifizierung: ASA II

Patientenzustand:

Gesunde Schwangere, vor der 30. SSW

Fallbeschreibung:

Alarmierung zum Notfalltransport einer Schwangeren in einer frühen SSW mit als lebensfähig geltendem Kind aus dem Kreißsaal eines Perinatalzentrums Level 2 in ein Perinatalzentrum Level 1 mit einer Fahrzeit von 30-40 min.

Bei Betreten des Kreißsaals durch die Besatzung NEF und RTW erfolgt die Übergabe durch einen fremdsprachigen und nicht richtig Deutsch sprechenden Assistenzarzt, der als Übergabe ein US-Bild zeigt. Auf die Frage, was der Notarzt, der kein Gynäkologe ist, darauf sehen soll, wird folgende Information gegeben: Innerer Muttermund 5,5 cm offen, Kopf des Kindes direkt vor dem Muttermund gelegen, Tokolyse läuft. Der Notarzt müsse noch auf den Gynäkologen warten, der sei noch zu Hause. Auf die Frage: warum abgewartet werden soll, der NA sei doch zum eiligen Transport angefordert, sagt er: "Sie kennen ja den Perfusor für die Tokolyse nicht".

Der NA übernahm aus einem Bauchgefühl heraus umgehend den Transport, ohne auf den Gynäkologen zu warten.

Die Fahrt über die leere Autobahn ins Zielkrankenhaus verlief ruhig, die Schwangere schlief. Das Auto war geheizt, für den Fall der Fälle. Bei Eintreffen auf dem KH-Gelände wurde die werdende Mutter wach, sagte „mein Bauch fühlt sich komisch an“ – in der Tat, es war eine kräftige Wehe zu spüren. Der NA spritzte einen Bolus Partusisten. Bei Ankunft im KH noch im Fahrzeug verkündete sie „Ich muss nun aber schnell mal zur Toilette“. Es gab einen weiteren Bolus P. und die Patientin wurde rasch in den Kreißsaal gebracht, wo sie auch sofort von der Hebamme in Empfang genommen wurden. Die Geburt ließ dann nicht lange auf sich warten.

Was war besonders gut?

- Die Straßen waren wegen eines Feiertages leer, eis- und schneefrei.
- Beachtung des Bauchgefühls
- Kein Patientenschaden entstanden

Was war besonders ungünstig?

- Sprachlich eingeschränkte Kommunikation mit dem abgebenden Assistenzarzt
- Kein Oberarzt Gyn vor Ort
- Befolgen einer Qualitätsrichtlinie zur Behandlung Frühgeborener OHNE auf die individuelle Situation der Schwangeren einzugehen

¹ Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

- Abschieben der Verantwortung auf den Notarzt
- Transportverweigerung erwogen, aber nicht durchgeführt, da glaubhaft versichert wurde, dass ein Level 2 KH diese Schwangere nicht entbinden DARF.
- Eine Geburt auf dem Transport wurde nur knapp verhindert.

Eigener Ratschlag (Take-Home-Message)?

Klärung der Rechtslage dringend erforderlich.

Eine Geburt des sehr vulnerablen Frühchens auf dem Transport ist aus meiner Sicht die schlechteste aller Lösungen. Selbst die Qu-Rili weist daraufhin (war zu dem Zeitpunkt noch nicht bekannt).

Transport in Level 1 NUR wenn der Gyn.-Facharzt versichert (geht das überhaupt), dass mit einer Geburt unterwegs nicht zu rechnen ist?

Transport mit Begleit-RTW und Inkubator, Neonatologe und Kinder-Intensivschwester?

Haftet der Notarzt für Schäden am Frühgeborenen bei suboptimaler Versorgung durch einen nicht-Neonatologen?

Darf ich überhaupt mit einer Schwangeren unterhalb der 30. SSW noch ein Level 2 KH anfahren, wenn der RD-Auftrag doch ist, ein nächstgelegenes und geeignetes KH anzufahren?

Häufigkeit des Ereignisses? mehrmals pro Jahr

Wer berichtet? Ärztin/Arzt

Berufserfahrung: über 5 Jahre

Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten?

Der Transport einer Schwangeren unter Wehen, noch dazu in einer frühen Schwangerschaftswoche und die Konfrontation mit der Entscheidung, eine Patientin von der vermeidlich sicheren Umgebung, in der sie entbinden könnte, in den Rettungswagen ohne speziell qualifiziertes Personal, wie Geburtshelfer, Hebamme oder Pädiater zu übernehmen, lässt bei so manchem den Puls höher schlagen und führt verständlicherweise zu den Fragen, die sich der Berichtende auch gestellt hat. Vorab soll etwas auf die Unterschiede der Einstufungen von Perinatalzentren und Geburtskliniken eingegangen werden. Hierin begründet sich die Entscheidung der ersten Klinik, die Patientin auch unter Wehen in eine andere Klinik zu transportieren.

In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen werden folgende Versorgungsstufen von Geburtskliniken unterschieden [1]:

<u>Stufe I:</u>	Perinatalzentrum Level 1
<u>Stufe II:</u>	Perinatalzentrum Level 2
<u>Stufe III:</u>	Perinataler Schwerpunkt
<u>Stufe IV:</u>	Geburtsklinik

Es gelten folgende Aufnahme- und Zuweisungskriterien für Schwangere mit den entsprechenden Risikokonstellationen:

Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1:

- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1250 Gramm oder mit einem Gestationsalter < 29 + 0 SSW
- Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter < 33 + 0 SSW sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen

- Schwangere mit allen pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist. Dieses betrifft insbesondere den Verdacht auf angeborene Fehlbildungen (z. B. kritische Herzfehler, Zwerchfellhernien, Meningomyelozenen, Gastroschisis). Hierbei ist darauf zu achten, dass in der aufnehmenden Einrichtung die erforderliche spezialisierte Versorgung gewährleistet werden kann.

Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2:

- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1250 bis 1499 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 29 + 0 bis 31 + 6 SSW
- Schwangere mit schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen, z. B. HELLP-Syndrom, Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils
- Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes

Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt:

- Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1500 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 32 + 0 bis $\leq 35 + 6$ SSW
- Schwangere mit Wachstumsretardierung des Fetus (zwischen dem 3. und 10. Perzentil des auf das Gestationsalter bezogenen Gewichts)
- Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes

Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik.

- Schwangere ab 36 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen

Eine nahezu identische Einstufung finden sie als Leitlinie im AWMF-Leitlinien-Register unter „Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe“ [2].

Es soll aber noch einmal daran erinnert werden, dass diese Richtlinien nur Handlungsempfehlungen darstellen und für Ärzte rechtlich nicht bindend sind und keine haftungsbegründende oder haftungsbefreiende Wirkung haben.

Im vorliegenden Fall handelte es sich um eine Schwangere in der frühen Schwangerschaft (<30. SSW). Eine genaue Schwangerschaftswoche ist hier nicht bekannt. Wenn man also davon ausgehen darf, dass es sich um eine Schwangere unterhalb der 29. SSW gehandelt hatte, ergibt sich daraus die Indikation, die Schwangere aus einem Perinatalzentrum Level 2 in ein Perinatalzentrum Level 1 zu verlegen.

Das im vorliegenden Fall ein Kollege mit nur eingeschränkten Deutschkenntnissen vor Ort war, darf nicht dazu führen, die Indikation in Frage zu stellen. Laut Meldung handelte es sich um einen Assistenzarzt, nicht um einen Facharzt. Gemäß den „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland“ der Deutschen Gesellschaft für perinatale Medizin sollte in einem Perinatalzentrum Level 2 durchgehend ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe im Haus sein [3]. Ob oder wo sich dieser in der Klinik befunden hatte, ist nicht bekannt, der Hinweis des Kollegen, dass der Notarzt auf einen von zu Hause gerufenen Gynäkologen warten sollte, führte verständlicherweise bei dem Notarzt zu Verwirrung. Man sollte aber bezüglich der Indikationsstellung grundsätzlich auf dem Vertrauensgrundsatz zwischen den Fachrichtungen vertrauen und davon ausgehen, dass ein Assistenzarzt bezüglich der Entscheidung zur Verlegung einer solchen Schwangeren mit einem Facharzt Rücksprache gehalten hat. Sollte dieses im begründeten Einzelfall in Frage gestellt sein, kann man als Notarzt natürlich versuchen,

Rücksprache (ggf. auch telefonisch) mit einem entsprechenden Facharzt oder auch Oberarzt zu halten.

Eine Verzögerung des Transportes allein aus dem Grund, dass ein angehängter Perfusor nicht bekannt sei, halten wir in diesem Fall für nicht begründet, vor allem weil sich durch die Wartezeit ein höheres Risiko für Schwangere und Kind ergeben hätte. Bei Bedarf hätte der Notarzt, wie auch nach Ankunft im Zielkrankenhaus geschehen, auf eine ihm vertraute Wehenhemmung zurückgreifen können.

Da berichtet wurde, dass die Schwangere während des Transportes geschlafen hätte, scheint die angehängte Wehenhemmung suffizient gewesen zu sein, so dass es sicher zu vertreten ist, nach dem Grundsatz „never change a running system“ vorzugehen und den Perfusor so zu belassen.

Wenn man voraussetzt, dass es der Schwangeren auch vor Übernahme ähnlich „gut“ ging, erscheint auch die Entscheidung des Notarztes richtig, ohne weitere Verzögerung, aber auch ohne zusätzliche Unterstützung (wie Baby-NAW oder Geburtshelfer) den Transport durchzuführen. Eine Abschätzung, wann es zur Geburt tatsächlich kommen wird, ist auch für erfahrene Geburtshelfer schwierig. Es ist hier nicht bekannt, ob es sich um eine Erstgebärende handelt. Sollte dies aber der Fall sein, ist bei einer Muttermundweite von 5cm oft noch mit einem stundenlangen Verlauf zu rechnen. Eine Garantie dafür wird aber kein Geburtshelfer abgeben.

Sollte man sich in der vorliegenden Situation für das Hinzuziehen weiterer Fachkräfte (Gynäkologe, RTW mit Inkubator + Pädiater oder Baby-NAW) entscheiden, kann man mit einer Verzögerung von mindestens 30 Minuten rechnen, die der Transport gedauert hätte und hätte im vorliegenden Fall vielleicht zur Entbindung im RTW geführt und damit Mutter und Kind trotz der Unterstützung durch die Kollegen letztendlich auch gefährdet.

Daher sollte eine Verzögerung des Transportes wirklich nur in begründeten Fällen in Kauf genommen werden. Ist eine Geburt während des Transportes wahrscheinlich, muss im interdisziplinärem Gespräch zwischen Geburtshelfer, Pädiater und Notarzt entschieden werden, ob der Transport überhaupt durchgeführt werden soll, oder ob die Schwangere nicht doch lieber im Perinatalzentrum der niedrigeren Stufe entbinden und das Kind dann (nach Stabilisierung) sekundär verlegt werden soll. Dies bietet für Mutter und Kind ein sicheres Umfeld, als die Geburt „auf der Straße“.

Ähnlich verhält es sich mit der Frage des Mitteilers, ob man eine Schwangere unterhalb der 30. SSW überhaupt in ein Perinatalzentrum Level 2 transportieren darf.

Ist ein Perinatalzentrum Level 1 nicht deutlich weiter entfernt und erlaubt es der Zustand der Schwangeren diesen etwas längeren Transport durchzuführen, wäre der direkte Weg in ein Level-1-Perinatalzentrum sicher besser, um das Risiko einer Sekundärverlegung der Schwangeren zu verhindern. Stellt diese längere Fahrzeit jedoch für den Notarzt ein zu hohes Risiko dar, da er befürchtet, dass es dann zu einer Geburt im RTW kommt, ist ein Perinatalzentrum Level 2 sicher ein besserer Platz für eine Entbindung, als der RTW und der Transport in die Klinik der „2. Wahl“ sicher zu vertreten.

Die Analyse aus Sicht des Juristen

Die Sachverhaltsmitteilung zum Fall impliziert einige Unklarheiten. Daher sollen hier aus juristischer Sicht lediglich grundlegende Aspekte kommentiert werden.

Die Behandlungsführung für die Schwangere oblag der geburtshilflichen Abteilung des Hauses. Von dort aus wurde die „Indikation“ zur Verlegung der Patientin gestellt, was allerdings erst nach Eintreffen des diensthabenden gynäkologisch-geburtshilflichen Facharztes erfolgen sollte. Dabei wurde der „Notarztdienst“ nicht zur Anwendung – im eigentlichen Sinne – notärztlicher Behandlungsmaßnahmen, sondern zur notarzt-qualifizierten Verlegungsbegleitung hinzugezogen. Offensichtlich hat der Notarzt (lediglich aufgrund seines „Bauchgefühls“) entschieden, die Verlegung sofortig durchzuführen, womit er in die Entscheidungskompetenz des gynäkologisch-

geburtshilflichen Fachgebiets eingegriffen hat. Dies implizierte ein eklatantes haftungs- und strafrechtliches Risikos. Man stelle sich vor, während des Transports wäre es zur Geburt mit Schädigung von Mutter und/oder Kind gekommen. Gegebenenfalls hätte sich die Klinik darauf berufen, die Verlegung überhaupt noch nicht freigegeben zu haben; der Notarzt habe „eigenmächtig“ gehandelt; in der eigenen Klinik habe jedenfalls eine fachmedizinisch gesicherte Entbindung erfolgen können.

Jenseits dessen lässt der Fall einige Problemstellungen offenkundig werden, welche die behandelnde geburtshilfliche Abteilung betreffen. Aus diesen resultierte allerdings wohl letztlich, dass der Notarzt meinte, entscheiden zu müssen, die Verlegung sofort durchzuführen. Solche Problemkonstellationen zu erkennen, ist gerade auch Funktion eines CIRS, hier betreffend den Notarztdienst. Da angegeben wurde, entsprechende Ereignisse würden „mehrmals pro Jahr“ auftreten, dürfte ein grundlegendes strukturelles Problem zu konstatieren sein. Insofern obliegt „dem Notarztdienst“, d. h. eventuell dessen Träger, solche Problemstellungen in gehöriger Weise aufzugreifen und etwaige Abhilfe zu ermöglichen.

Hier oblag es der geburtshilflichen Abteilung, die Verlegung der Schwangeren nach fachmedizinischem Standard zeitgerecht zu indizieren. Dabei hatte diese Indikationsstellung mit – kurz gesagt – „Facharztqualität“ zu erfolgen. Insofern ist dann wiederum auf Maßgaben zu verweisen, wie sie sich etwa aus den bereits zitierten Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland ergeben. Beispielsweise soll demnach in einem (so im Fall:) Perinatalzentrum Level 2 „jederzeit ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe zu Verfügung stehen und im Kreissaal eine ärztliche 24-h-Präsenz mit Facharztstandard gegeben sein“.

Dergestalt wäre beispielsweise eine Voraussetzung erfüllt, dass potentiell adäquat fachmedizinisch einschlägig und zuständigkeitshalber entschieden werden kann, ob, wann, wohin und unter welcher personellen Begleitung eine Schwangere zu verlegen ist.

Take-Home-Message

- **Eine Geburt im RTW bei einer Risiko-Schwangerschaft sollte unbedingt vermieden werden. Entweder zügiger Transport ohne Verzögerung oder nach interdisziplinärem Gespräch Geburt im Krankenhaus der schlechteren Versorgungstufe erwägen**
- **Auch bei schlechten Deutschkenntnissen auf dem Vertrauensgrundsatz zwischen den Fachrichtungen vertrauen und Indikationen von Kollegen nur in begründeten Fällen in Frage stellen**
- **Lieber als Notarzt mit einer Schwangeren unter Wehen eine Klinik der etwas schlechteren Versorgungsstufe anfahren, als eine Geburt im RTW riskieren**

Weiterführende Literatur

- [1] Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen. Gemeinsamer Bundesausschuss. Fassung von 2005, letzte Änderung 2014
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-947/QFR-RL_2014-11-20.pdf
- [2] Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe. AWMF-online. Version von 2008. Aktuell in Überarbeitung.
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/024-001.html>
- [3] Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland. S1-Leitlinie. Deutsche Gesellschaft für perinatale Medizin. Stand 05/2015.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-0011_S1_Perinatalogische_Versorgung_2015-05.pdf

Autoren:

Dr. med. S. Rieß, Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen
Rechtsanwalt R.-W. Bock, Ulsenheimer – Friederich Rechtsanwälte, Berlin
Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg
Dipl.-Sozialw. T. Rhaiem, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg