

Erhöhung der Sicherheit während der Geburt



TK
Die
Techniker

Die TK-Patientensicherheits-Signale sollen dazu anregen, offen über kritische oder sicherheitsrelevante Ereignisse im Behandlungsverlauf zu sprechen. Sie basieren auf realen anonymisierten Fällen in der TK-Versicherten-Population. Diese Erfahrungen wollen wir mit den Behandlungs-Teams teilen. Ziele sind ein konstruktives Lernen aus kritischen Ereignissen und ein Ausbau einer positiven Sicherheitskultur.

Eine Initiative der TK in Zusammenarbeit mit:



Thema:

Erhöhung der Sicherheit während der Geburt

Bedeutung:

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind zahlreiche Fallberichte zu Fehlern während der Geburt eingegangen (siehe reale Fallbeispiele auf Seite 4). Die Fehler traten u.a. im Zusammenhang mit unzureichender Wahrnehmung von Risikofaktoren (z.B. nachlassende Kindsbewegungen, Fehllage des Kindes, Geburtsstillstand), unzureichender Aufnahmediagnostik, fehlender Geburtsüberwachung sowie verspäteten Interventionen auf. Es handelt sich hierbei um kritische und vermeidbare Ereignisse, die zu erheblichen Folgeschäden für Mutter und Kind geführt haben.

Die Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Ärzten und der Gebärenden ist entscheidend für einen sicheren Geburtsverlauf. Um Fehler während der Geburt zu reduzieren, ist es zentral, dass mögliche Risikofaktoren rechtzeitig identifiziert und Entscheidungen für das weitere Vorgehen innerhalb des geburtshilflichen Teams zeitnah getroffen werden. Darüber hinaus ist es für die Sicherheit von Mutter und Kind von enormer Bedeutung, dass in Notfallsituationen notwendige Ressourcen sowie Infrastruktur umgehend zur Verfügung stehen. Durch sorgfältige Aufnahmediagnostik, Überwachung und rechtzeitige Intervention können die Risiken für schwerwiegende Folgen während der Geburt reduziert werden. Aus diesem Grund erfolgt mit dem vorliegenden TK-Patientensicherheits-Signal ein Überblick über einige bei der TK eingegangenen Fallberichte und Hinweise zur Prävention von Fehlern während der Geburt.



Zielgruppe:

- › Alle Kliniken, Arztpraxen und Gesundheitseinrichtungen mit dem Schwerpunkt Geburtshilfe (ambulanter und stationärer Bereich)
- › Alle Mitarbeitenden im Bereich der Geburtshilfe (Schwerpunkt Hebammen, sowie ärztliches und pflegerisches Personal)

Mögliche Faktoren für Fehler in der Schwangerschaft («Fallstricke»):

Die Ursachen für Fehler während der Geburt sind vielfältig. Grundsätzlich können alle an der Geburt beteiligten Personen, Geräte und Verfahren zu Fehlern beitragen. Häufige Fehlerquellen sind:

- › Unzureichende Kommunikation zwischen ärztlichem Dienst, Hebammen sowie Patientinnen und Angehörigen
- › Unzureichende Anamnese, Diagnostik, Untersuchung und Überwachung der Gebärenden und des Kindes (zu enger Fokus)
- › Fehler bei der Befunderhebung oder falsche Interpretation von Ergebnissen, z.B. Übersehen pathologischer Herztöne des Kindes, zu spätes Erkennen von Infektionen
- › Nichterkennen von Verfahrens- oder Messfehlern (z.B. bei **CTGs siehe hierzu auch PSS 15**)
- › Zu spätes Hinzuziehen einer erfahrenen Ärztin oder eines erfahrenen Arztes
- › Zu frühe Fokussierung auf eine Verdachtsdiagnose oder einzelne Symptome (Fixierungsfehler)
- › Kein systematischer Ausschluss von Komplikationen bzw. fehlende adäquate Reaktion, z.B. bei Fehllage des Kindes, Nabelschnurumschlingung, vorzeitiger Plazentaablösung, Schulterdystokie, Geburtsstillstand, Geburtsverletzungen
- › Nichtbeachtung eines vorhandenen «schlechten Bauchgefühls» von Fachpersonen des geburts-hilfflichen Teams im Sinne von «irgendetwas stimmt hier nicht/ist hier komisch/anders als sonst üblich.»
- › Mangelnde Re-Evaluation der Situation, trotz Erkennen, dass bestimmte Symptome oder Untersuchungsergebnisse bei der Gebärenden nicht in bekannte Muster passen
- › Missachtung oder Fehlinterpretation von Warnzeichen, wie z.B. grünes Fruchtwasser, Erschöpfung der Mutter
- › Sorgen von Gebärenden («irgendetwas stimmt nicht mit mir und meinem Baby») werden nicht ernst genug genommen bzw. führen nicht zu einer vertieften Diagnostik/Re-Evaluation
- › Die Umstände lassen Komplikationen unwahrscheinlich erscheinen (junges Alter, keine Vorerkrankungen, untypische Symptome bzw. Anzeichen)



Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister:

Fall 1: Fehler bei der Entbindung. Eine Schwangere wurde in der 41. Schwangerschaftswoche (40+5 SSW) mit nachlassenden Kindsbewegungen in die Entbindungsklinik aufgenommen. In den folgenden fünf Stunden wurden weder ein Ultraschall noch eine ärztliche Untersuchung durchgeführt. Die Entscheidungen über das weitere Vorgehen, insbesondere die Einleitung der Geburt mit Medikamenten, wurden von der Hebamme im Einvernehmen mit der Patientin getroffen. Für die medikamentöse Einleitung liegt jedoch keine schriftliche Einwilligung der Patientin vor und es gibt keinen Nachweis, dass die Patientin über Risiken, Alternativen und Sicherungsmaßnahmen aufgeklärt wurde. Auch eine ergänzende Ultraschalluntersuchung zur Abklärung der verminderten Kindsbewegungen wurde nicht durchgeführt. Aufgrund des Geburtsstillstandes in der Austreibungsphase wurde das Kind mit Schulterdystokie bei Makrosomie, Horner-Syndrom und geringgradiger hypoxischer Hirnschädigung entbunden. Bei der Mutter traten Geburtsverletzungen auf.

Fall 2: Fehlende Aufklärung und zu späte ärztliche Betreuung bei bekannter Risikogeburt. Die Schwangere erhielt die übliche Hebammenbetreuung, weil die Risikofaktoren für eine Schulterdystokie nicht wahrgenommen wurden. Eine dringend notwendige ärztliche Aufklärung über die Möglichkeit eines geplanten Kaiserschnitts als sicherere Alternative fand nicht statt. Die Schwangere konnte daher die Risiken einer normalen Geburt – insbesondere die hohe Wahrscheinlichkeit für eine Schulterdystokie – nicht gegen die Risiken eines Kaiserschnitts abwägen. Auch die in Leitlinien und Lehrbüchern empfohlenen Maßnahmen zur Vorbereitung auf eine Risikogeburt wurden bei der Aufnahme in den Kreißsaal nicht umgesetzt. Während der vaginalen Geburt kam es zu einer Schulterdystokie, die zu bleibenden Schäden beim Kind führte.

Fall 3: Patientin stirbt an Blutung wegen zu später Verlegung vom Geburtshaus ins Krankenhaus. Eine Frau brachte in der 41. Schwangerschaftswoche im Geburtshaus ihr Kind zur Welt. Zwei Stunden später wurde ein Blutverlust von etwa einem Liter festgestellt. Trotz des hohen Blutverlusts erfolgte die Verlegung ins Krankenhaus erst 1,5 Stunden später, als die Patientin bereits reanimationspflichtig war. Im Krankenhaus verstarb sie an Herz-Kreislauf-Versagen durch einen hämorrhagischen Schock. Die Ursache war vermutlich eine Uterusatonie. Die verspätete Verlegung bleibt unverständlich.

Fall 4: Geburtseinleitung. Eine Frau mit Diabetes kam zur Geburtseinleitung in die Klinik. Es wurden verschiedene Methoden zur Einleitung angewendet (Ballon, Cytotec, Oxytocin). Im Verlauf zeigten sich im CTG wiederholt auffällige kindliche Herztöne, trotzdem wurde die Geburt zunächst weiter vorangetrieben. Erst als der Verdacht auf einen Gebärmutterriss (Uterusruptur) bestand, wurde ein Notkaiserschnitt durchgeführt. Dabei wurde auch eine Verletzung des rechten Harnleiters festgestellt. Das Kind kam in schlechtem Zustand zur Welt und musste gekühlt werden. Ob weitere Entwicklungsprobleme auftreten, ist bisher unklar. Es bleibt offen, ob die Mutter ausreichend aufgeklärt wurde und wie genau der Geburtsverlauf war.

Fall 5: Fehlerhafte Geburtsüberwachung. Bei der Geburt wurden auffällige kindliche Herztöne (pathologisches CTG) nicht ausreichend abgeklärt, weil keine Mikroblooduntersuchung durchgeführt und kein Facharzt hinzugezogen wurde. Dadurch wurde eine dringend notwendige Notfallmaßnahme verzögert. Mit rechtzeitiger Untersuchung und einer früheren Notsectio hätte das Kind wahrscheinlich ohne bleibende Schäden geboren werden können.



**Wie gefällt Ihnen dieses Patientensicherheits-Signal?
Ihre Meinung ist uns wichtig. Geben Sie uns Feedback.**

Zum Kurzfragebogen: <https://patientensicherheit.de/tk-pss-umfrage>



Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

Aufnahme, Aufklärung und Geburtsvorbereitung

- › Wie wird sichergestellt, dass bei der Aufnahme angemessene Diagnostik und Untersuchungen erfolgen? Wann werden diese von erfahrenen Fachkräften überprüft?
- › Erfolgt eine umfassende Aufklärung der werdenden Mütter über Geburtsverlauf, Risiken und Warnzeichen?
- › Wie werden Patientinnen und ihre Angehörigen in Geburtsverlauf und Entscheidungen einbezogen, um Unsicherheiten und Verzögerungen vorzubeugen?
- › Werden Sorgen von Gebärenden ernst genommen und ggf. erneut abgeklärt?
- › Wie wird die Geburt bei Risikoschwangerschaften vorbereitet?

Warnzeichen und kritische Verläufe

- › Wie werden Warnzeichen vor der Geburt systematisch erfasst? Gibt es Kriterienkataloge zur Erkennung kritischer Situationen?
- › Wann erfolgen diagnostische Maßnahmen wie Ultraschall, kontinuierliche CTGs oder Mikroblutuntersuchungen?
- › Wie wird sichergestellt, dass auffällige Befunde zeitnah berücksichtigt werden?
- › Wann ziehen Hebammen ärztliches Fachpersonal hinzu und sind die Kriterien hierfür definiert und zugänglich?
- › Wie wird über unterstützende Maßnahmen wie Positionswechsel, wehenfördernde Maßnahmen oder Kaiserschnitt entschieden?
- › Wie wird gewährleistet, dass notwendige Ressourcen und Infrastruktur rechtzeitig bereitstehen?
- › Wie wird bei starken Blutungen vorgegangen? Wann erfolgt eine sofortige medizinische Intervention (z. B. Bluttransfusion, Not-Kaiserschnitt)?

Schulung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden

- › Kennen die Mitarbeitenden Warnhinweise für Komplikationen und Indikationen für eine Notfall-Section („Red Flags“)?
- › Haben sie die fachliche Kompetenz und Erfahrung, um eigenständig über Einleitung, (Notfall-)Section oder weitere Maßnahmen zu entscheiden? Wann sollte zusätzliche Unterstützung eingeholt werden?

Lernen aus Fehlern

- › Wird in Ihrem CIRS über Fehler während der Geburt berichtet?
- › Wie werden diese Fälle aufgearbeitet und welche systematischen Maßnahmen folgen daraus?
- › Wie häufig finden Schulungen und Fallbesprechungen dazu statt?
- › Wie erfolgt nach solchen Ereignissen die Kommunikation mit Patientinnen und Angehörigen?



Wichtige Verlinkungen/ Literatur:

<https://www.tk.de/techniker/gesundheits-foerdern/schwangerschaft-und-geburt/gesundheitswissen/komplikationen-waehrend-der-geburt-2010154>

Folgende Leitlinien bieten konkrete, praxisnahe Empfehlungen für geburtshilfliche Teams, um Fehler und Komplikationen während der Geburt zu vermeiden:

S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ - fasst den aktuellen Stand des Wissens zur Betreuung der normalen Geburt zusammen. Sie gibt evidenzbasierte Empfehlungen zu Aufklärung, Überwachung, Umgang mit Komplikationen, Teamarbeit und Kommunikation. Sie ist die zentrale Referenz für die Vermeidung von Fehlern und Komplikationen bei der vaginalen Geburt

https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf

S3-Leitlinie „Kaiserschnitt“ - gibt klare Empfehlungen, wann ein Kaiserschnitt medizinisch indiziert ist, wie Risiken abgewogen werden und wie Komplikationen vermieden werden können. Sie behandelt auch den Umgang mit speziellen Situationen wie Beckenendlage oder Zustand nach Kaiserschnitt.

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-084>

S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie peripartaler Blutungen“ - diese Leitlinie beschreibt die Vorgehensweise bei schweren Blutungen rund um die Geburt, gibt Empfehlungen zur Früherkennung, Behandlung und zum Notfallmanagement, um schwerwiegende Komplikationen zu vermeiden.

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-063>

S3-Leitlinie Fetale Überwachung in der Schwangerschaft - aktuelle Evidenz zur fetalen Überwachung sowie Definition von low-risk-Schwangeren.

https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-089l_S3_Fetale-Ueberwachung-in-der-Schwangerschaft_2023-05.pdf

S 2k-Leitlinie zur Geburtseinleitung - gibt Empfehlungen zur Abwägung der Vor- sowie Nachteile einer Geburtseinleitung und erläutert Indikationen.

S 2k- Leitlinie zur Schulterdystokie - gibt Empfehlungen zur Prävention und Behandlung eines gefürchteten sowie teils unvorhersehbaren Notfalls

https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-098l_S2k_Schulterdystokie_2024-10_1.pdf

Bisher erschienene TK-Patientensicherheits-Signale:

- › TK-PSS Nr. 1: Luft statt Kontrastmittel bei der Herzkatheteruntersuchung
- › TK-PSS Nr. 2: Misoprostol und Komplikationen bei Müttern und Kindern
- › TK-PSS Nr. 3: Fremdkörper im Patienten nach operativen Eingriffen
- › TK-PSS Nr. 4: Verbrennungen von Patienten während Eingriffen
- › TK-PSS Nr. 5: Nicht rechtzeitiges Erkennen von Sepsis
- › TK-PSS Nr. 6: Überdosierung von Methotrexat
- › TK-PSS Nr. 7: Diagnosestellung bei „Worst-Case-Diagnosen“
- › TK-PSS Nr. 8: Einsetzen nicht geeigneter Intra-okularlinsen
- › TK-PSS Nr. 9: Patiententransport mit unzureichender Sauerstoffversorgung
- › TK-PSS Nr. 10: Mangelnde oder fehlende Dekubitusprophylaxe
- › TK-PSS Nr. 11: Verbleib von Katheter- bzw. Drainageteilen im Patientenkörper
- › TK-PSS Nr. 12: Eingriffsverwechslungen
- › TK-PSS Nr. 13: Schadensfallmeldungen im Zusammenhang mit einer Zahnarztbehandlung
- › TK-PSS Nr. 14: Reduktion von Diagnosefehlern
- › TK-PSS Nr. 15: CTGs im Rahmen der Geburtshilfe
- › TK-PSS Nr. 16: Erhöhung der Sicherheit während der Schwangerschaft



Alle TK PSS sind online verfügbar unter:

<https://www.tk.de/techniker/gesundheits-und-medizin/patientensicherheit/tk-patientensicherheitsinformationen-2151498>

Über die TK-Patientensicherheits-Signale

Die TK zeigt eine klare Haltung zum Thema Patientensicherheit in zahlreichen Initiativen und Innovationen.

Die TK Patientensicherheits-Signale (PSS) basieren auf der Analyse von Behandlungsfehler-Vorwürfen von Versicherten der Techniker Krankenkasse. Jedes Jahr bearbeitet die TK tausende dieser Meldungen. Basis der TK-PSS sind also reale Zwischenfälle, Komplikationen oder Patientenschäden, die in Zukunft vermieden werden sollen.

Gemeinsam mit unserem Partner DGPS werden diese Vorkommnisse anonymisiert und hinsichtlich ihrer Gefährdungs- und Präventionspotentiale analysiert.

Die gemeinnützige Deutsche Gesellschaft für Patientensicherheit DGPS gGmbH arbeitet eng mit medizinischem Fachpersonal aus dem klinischen Risikomanagement zusammen.

Die Alltags-Erfahrungen aus der Versorgungspraxis fließen so in die Analysen der Fälle ein. Weitere Infos unter www.patientensicherheit.de

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit, APS e.V. ist die nationale Plattform zum Ausbau der Patientensicherheit und beteiligt sich an der Kommentierung und Verbreitung der PSS. Sie wird in der Kooperation von Philipp Rodenberg vertreten. Weitere Infos unter www.aps-ev.de

Mit dieser Information teilen wir unsere Erkenntnisse mit anderen Fachgruppen. Wir wollen dazu beitragen, dass die angesprochenen Inhalte, Probleme und Gefahren geprüft werden um ggf. Maßnahmen/ Empfehlungen abzuleiten, damit die geschilderten Patientenschäden in Zukunft zuverlässig verhindert werden. Auch ein Austausch zu „Best Practice“ ist angestrebt. Das Expertenteam der TK freut sich auf Feedback und Austausch.

Hinweis: Die TK-Patientensicherheits-Signale hießen früher TK-Patientensicherheits-Informationen. Um Verwechslungen mit anderen Aktivitäten zu vermeiden, wurden sie in Signale umbenannt.



Kontakt für Rückmeldungen:

TK-Spezialist für Medizinrechte

Christian Soltau

Bramfelder Str. 140
22301 Hamburg

Tel. 040 – 6909 - 3396
Christian.Soltau@tk.de

Für das Redaktionsteam:

Dr. med. Marcus Rall

Deutsche Gesellschaft für Patientensicherheit
gemeinnützige GmbH

InPASS - Institut für Patienten-
sicherheit und Teamtraining GmbH

August-Bebel-Str. 13
72762 Reutlingen

Tel.: 07121 1595800

E-Mail: marcus.rall@patientensicherheit.de

Eine Initiative der TK in Zusammenarbeit mit:



Deutsche Gesellschaft
für Patientensicherheit

inworks® Health Care



Bildquellen:
www.freepik.com