



Bundesministerium
für Gesundheit

BQS

INSTITUT FÜR QUALITÄT
& PATIENTENSICHERHEIT

A. Niemeyer, S. Holzäpfel, P. Gruber, E. Lampmann, W. Lütje, I. Beckedorf,
M. Middendorf, I. Tomsic, C. Schwarz

Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten

Hamburg, 4. April 2018

Danksagung

Wir danken allen Expertinnen und Experten sowie allen Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Einrichtungen, die in den Einzelinterviews, in den Workshops oder auf andere Weise mit ihren Informationen, Vorschlägen und kritischen Anmerkungen zur Erstellung dieses Gutachtens in sehr hilfreicher Weise beigetragen haben.

Wir danken insbesondere allen Hebammen und Ärzten und Ärztinnen, die an der Befragung teilgenommen haben sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Open Space Veranstaltung sowie des Themenmarktplatzes dafür, dass sie ihre Erfahrung, ihre Ängste und ihre Hoffnungen mit uns geteilt haben, gemeinsam mit dem Gutachtenteam engagiert und doch stets sachlich und wertschätzend diskutiert haben. Ohne sie wäre die konstruktive und ressourcenorientierte Ausrichtung dieses Gutachtens nicht möglich gewesen.

Adressen der Autoren und Autorinnen

Dr. Anna Niemeyer
Irina Beckedorf
Eva Lampmann
Ivonne Tomsic

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH
Wendenstraße 375, 20537 Hamburg
Telefon: +49 40 25 4078-40

Patricia Gruber
Memelstraße 12, 58300 Wetter

Sonja Holzäpfel
H&N- Projektmanagement (GBR), Saturnstraße 18, 66333 Völklingen

Dr. Max Middendorf
Bergmann und Partner Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Josef-Schlichter-Allee 38, 59063 Hamm

Dr. Wolf Lütje
Ev. Amalie Sieveking- Krankenhaus gGmbH, Haselkamp 33, 22359 Hamburg

Prof. Dr. Christiane Schwarz
Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	II
Adressen der Autoren und Autorinnen	II
Glossar	5
1 Vorbemerkung.....	6
1.1 Vorwort	6
1.2 Gutachtenteam und beratende Expertinnen und Experten	6
1.3 Inhalt und Struktur des Gutachtens	9
1.4 Gender-assozierte Fragestellungen	9
2 Zusammenfassung.....	12
3 Einleitung.....	15
3.1 Hintergrund	15
3.2 Zielsetzung und Fragestellung des Gutachtens	17
3.3 Untersuchungsbereiche und Definition	18
4 Vorgehensweise und Methodik.....	19
4.1 Literaturrecherche	20
4.2 GDV-Schadensliste	21
4.3 Interviews mit Versicherern	21
4.4 Externe Datenquellen	24
4.5 Experteninterview	24
4.6 Onlinebefragung	27
4.7 Open Space Veranstaltung	29
4.8 Themenmarktplatz	33
4.9 Rechtsgutachten	34
5 Darstellung der Einzelergebnisse	35
5.1 Literaturrecherche	35
5.2 GDV-Schadensliste	41
5.3 Interviews mit den Versicherern	49
5.4 Datenquellen	52
5.5 Antworten auf die ursprünglichen Fragen des Gutachtens laut Leistungsbeschreibung	53
5.6 Experteninterviews	56
5.7 Onlinebefragung	66
5.8 Open Space	84
5.9 Themenmarktplatz	90
6 Rechtsgutachten.....	93
6.1 Einführung	93
6.2 Grundlagen der Haftung	94
6.3 Rechtsstellung der Hebammen im Arzthaftungsrecht	100
6.4 Aufgabenteilung im Verhältnis zum Arzt/zur Ärztin bzw. zum Krankenhaus	101
6.5 Rechtsprechungsanalyse	103
6.6 Haftung aus Behandlungsfehler	103
6.7 Haftung aus Aufklärungsfehler	110
6.8 Einfacher und grober Behandlungsfehler	111
6.9 Beweisrechtliche Rahmenbedingungen	111
6.10 Grober Behandlungsfehler	111
6.11 Haftungsbegrenzungen	113
6.12 Regressausschluss nach § 134a Abs. 5 SGB V	113
6.13 Verjährung	117

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten

Gutachten

6.14	Kausalität: Beweis des Gegenteils und abgrenzbare Vorschäden	117
6.15	Verfahrensrechtliche Fragestellungen	118
6.16	Schlussfolgerungen	119
7	Schlussfolgerungen.....	121
8	Empfehlungen.....	127
9	Anhang.....	131
9.1	Literaturverzeichnis	131
9.2	Abbildungsverzeichnis	138
9.3	Tabellenverzeichnis	139

Glossar

Im Text verwendete Abkürzungen in alphabetischer Reihenfolge:

AWMF- IMWi	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaft
APS e.V.	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BLFG	Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.
BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CDSR	Cochrane Database of Systematic Reviews
CTG	Cardiotokographie/Kardiotokografie/Wehenschreiber
DGHWi	Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) e.V.
DGPFG	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
DRB	Deutscher Richterbund e.V. (DRB)
EFS Survey	Online Befragungstool
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GIN	Guideline International Network
HIE	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
IUGR	Intrauterin growth restriction = intrauterine Wachstumsverzögerung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NGC	National Guideline Clearinghouse
NHS	National Health Service
PKV	private Krankenversicherung
QUAG e.V.	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
RCA - Methode	Fehler-Ursachen-Analyse (Root-Cause-Analysis)
SGB	Sozialgesetzbuch
UHMBFT	University Hospital of Morecambe Bay NHS Foundation Trust
VKB	Versicherungskammer Bayern Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts

1 Vorbemerkung

1.1 Vorwort

Um bei der Erstellung des Gutachtens und der Auseinandersetzung mit den Ergebnissen ein hohes Maß an fachlicher Expertise sicherstellen zu können, wurde zu Beginn ein Gutachtenteam mit Mitgliedern aus unterschiedlichen für die Geburtshilfe resp. die Fragestellung relevanten Berufsgruppen zusammengestellt. Das Gutachtenteam ist während der gesamten Projektlaufzeit im engen Austausch gewesen und hat die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen gemeinsam diskutiert und bewertet. Ziel des Gutachtenteams war es, durch Berücksichtigung unterschiedlicher Positionen und eine sachbezogene Herangehensweise, einen konstruktiven Beitrag zur aktuellen politischen und gesellschaftlichen Diskussion zu leisten und die Verbesserung der Situation in der Geburtshilfe nachhaltig positiv zu beeinflussen.

1.2 Gutachtenteam und beratende Expertinnen und Experten

Gutachtenteam

- Dr. med. Anna Niemeyer (Projektleitung), BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
- Sonja Holzäpfel, Dipl. Psych., H&N Projektmanagement, Klinische Risikomanagerin
- Patricia Gruber, Hebamme BSc, Sachverständige und CRM, Simulator, Instruktorin
- Eva Lampmann, Dipl. Psych., BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
- Irina Beckedorf, Dipl.-Pflegerin (FH), BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
- Dr. med. Wolf Lütje, Chefarzt, Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus gGmbH, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Präsident DGPF
- Dr. Max Middendorf, Fachanwalt für Medizinrecht/Ärztliches Haftpflichtrecht und Risk-Management
- Ivonne Tomsic, M.A. Public Health/Pflegewissenschaften, BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
- Prof. Dr. Christiane Schwarz, Lehrstuhl Hebammenwissenschaft, Universität zu Lübeck

Interviewte Expertinnen und Experten aus folgenden Einrichtungen

- Kanzlei Uhlenheimer Friedrich Rechtsanwälte PartGmbH
- Hochschule für Gesundheit Bochum, Studienbereich Hebammenwissenschaften
- MH Hannover Bereich Hebammenwissenschaft
- Deutscher Hebammenverband e.V.
- Landesverband der Hessischen Hebammen e.V.
- Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus gGmbH, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
- Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH)
- Klinik für Geburtsmedizin, Universitätsklinikum Jena
- Universitätsfrauenklinik Ulm
- QUAG e.V.

Expertenmeinung und Materialien

Versicherungen

- AXA Konzern AG
- Versicherungskammer Bayern (VKB) in München
- Allianz Versicherungen AG
- NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG

Datenhalter

- Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
- Ärztekammer Westfalen Lippe KdÖR
- Helios Kliniken GmbH
- MDK Gemeinschaft
- Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Ausgewählte Expertengespräche im Rahmen des Perinatalkongresses und zusätzlich geführte Interviews

- Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH, Klinikum Neukölln, Berlin.
- Diakonie Neuendettelsau KÖR, Klinik Hallerwiese, Abteilung für Geburtshilfe und Pränatalmedizin
- Technische Universität München
- Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Wilhelminenspitals des KAV
- St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof GmbH, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
- Studiengang Hebammenkunde an der Evangelischen Hochschule Berlin
- Berner Fachhochschule (Schweiz), Fachbereich Gesundheit

1.3 Inhalt und Struktur des Gutachtens

Dieses Gutachten befasst sich mit den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten. Neben der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Geburtsfehlern der Vergangenheit ist auch die Ableitung von Lösungsansätzen zur Reduktion von Geburtsschäden in der Zukunft Gegenstand des Auftrages.

Eine isolierte Betrachtung der von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten ließe außer Acht, dass innerhalb der Geburtshilfe in kritischen Situationen und bei unerwünschten Verläufen in der Regel Akteure aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Sektoren beteiligt sind. Weiterhin sind strukturelle und systemische Faktoren zu berücksichtigen.

Das darauf ausgerichtete Gutachten gliedert sich in folgende Hauptabschnitte:

- Zusammenfassung
- Einleitung
- Vorgehensweise und Methodik
- Darstellung der Einzelergebnisse
- Rechtsgutachten
- Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Nach der Zusammenfassung (Kapitel 2, Seite 12) und der Einführung (s. Kapitel 3, Seite 15) in das Thema des Gutachtens sowie die Darstellung der Methodik zur Erstellung des Gutachtens (s. Kapitel 4, Seite 19), werden die Einzelergebnisse dargestellt und diskutiert (Kapitel 5, Seite 35). Der juristische Teil des Gutachtens nimmt eine Sonderstellung ein und ist daher in einem eigenen Kapitel (Kapitel 6, Seite 93) wiedergegeben. Schließlich ergänzen die Schlussfolgerungen und Empfehlungen (s. Kapitel 8, Seite 127) das Gutachten. Im Anhang (Kapitel 9, Seite 131) am Ende des Dokumentes finden sich die Verzeichnisse für die Tabellen und Abbildungen sowie der im Text zitierten Literatur. Weiterführende Tabellen, insbesondere zur Auswertung der durchgeführten Onlinebefragung, finden sich in einem separaten Dokument (Anhang 2).

1.4 Gender-assozierte Fragestellungen

Im Gutachten werden insbesondere diejenigen Fragestellungen berücksichtigt, welche geschlechtsbezogenen Implikationen oder gar Verzerrungseffekte sich bei den Fragestellungen dieses

Gutachtens ergeben und inwieweit die Forschungsfragen Frauen und Männer überhaupt gleichzeitig einschließen und deren unterschiedliche Lebensrealitäten beachten können.

Obwohl es für die Fragestellungen in der Geburtshilfe keine Vergleichsuntersuchungen geben kann, konnte das Gutachtenteam folgende genderbezogene Themen und Aspekte feststellen:

Unerwünschte Ereignisse

Vor allem in der internationalen Literatur gibt es Hinweise, dass Frauen häufiger mit unerwünschten Ereignissen und vermeidbaren unerwünschten Ereignissen im Rahmen ihrer medizinischen Behandlung konfrontiert sind als Männer und im Vergleich zu diesen unterversorgt sind (Patientensicherheit, 2007). Die Untersuchungen und Metaanalysen beziehen sich in den meisten Fällen auf die Medikation, deren Geschlechtsspezifität jüngst nachgewiesen werden konnte (Yu u. a., 2016). Vergleichsuntersuchungen für die Geburtshilfe kann es aus nachvollziehbarem Grund kaum geben. Dennoch sind auch für die Geburtshilfe Genderaspekte nicht auszuschließen, da neben Schwangerschaft und Entbindung andere Einflussfaktoren wie z.B. Alter und unter Umständen vorliegende und behandelte Grunderkrankungen eine Rolle spielen. Das Gutachten berücksichtigt im Hinblick auf ggf. bestehende Vor- resp. Grunderkrankungen der Mutter diesen Aspekt im Rahmen der vorgesehenen Literaturrecherche. Eine tiefergehende fallbezogene Analyse des Zusammenhangs sollte Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

Im Rahmen der Aufgabenstellung ergeben sich weitere genderbezogene Fragestellungen, die sich weniger auf die Mutter resp. Patientin oder das Kind, als vielmehr auf die Behandelnden und andere an der Geburtshilfe direkt oder indirekt Beteiligten beziehen.

Ein weiterer Genderaspekt ergibt sich aus der Konstellation, dass Hebammen in Deutschland bis auf sehr wenige Ausnahmen immer weiblich sind, während die Bewertung von geburtshilflichen Fragestellungen häufig durch männliche Gutachter erfolgt. Dazu ist der direkt von Schadensfällen betroffene Personenkreis (Schwangere und Gebärende) naturgemäß weiblich. Ungleichheiten und Gefälle in der gesellschaftlichen Realität können sich hier potenziell widerspiegeln.

Behandlungsfehlervorwürfe und spezifische Risikofaktoren

In der Jahresstatistik 2016 der MDK-Gemeinschaft zeigt sich mit leichten Schwankungen über die Jahre hinweg, dass mehr Behandlungsfehlerbegutachtungen bei Frauen (2016: 57,7%) als bei Männern (2016: 42,3%) durchgeführt werden. Auch wenn die Zahlen durch die Fälle des Fachgebietes

Frauenheilkunde bereinigt werden, ist die Anzahl der Behandlungsfehlervorwürfe und die Quote bestätigter Vorwürfe bei Frauen höher, als bei Männern. Die Ursachenlage hierfür bleibt auch im MDK-Gutachten 2016 unklar. Es gibt in verschiedenen auch vom MDK 2016 zitierten Studien Hinweise darauf, dass Frauen eher einen Behandlungsfehlervorwurf formulieren, als Männer.

Gleichzeitig bewerten laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes „Gesundheit in Deutschland“ (Fiß, 2016) Frauen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität im Mittelwert niedriger, als Männer (Frauen 50,8%, Männer 52,0%).

Im Gutachten werden die Risikofaktoren der Mutter in Bezug zu anderen Risikofaktoren und Begleitumständen eines Geburtsschadens diskutiert.

Fachpersonal in der Geburtshilfe

„Im Jahr 2015 leisteten insgesamt 10.919 Hebammen und Entbindungspfleger Geburtshilfe in Krankenhäusern. Davon waren 9.081 festangestellte Kräfte (9.077 Hebammen und 4 Entbindungspfleger) sowie 1.838 Belegkräfte.“ (destatis, 2017).

Wenn man die Ärztestatistik 2017 der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer, 2017) betrachtet, ist die Gesamtzahl der Ärztinnen in den letzten Jahren zwar kontinuierlich leicht angestiegen, beträgt aber im Krankenaus 47,4%. Der Frauenanteil im Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist der höchste in allen verzeichneten Fachgebieten. Insgesamt waren es 12.381 berufstätige Ärztinnen (gesamt 18.427).

Die vom deutschen Ärztinnenbund 2016 publizierte Dokumentation zum „Anteil von Frauen in Führungspositionen in 16 Fächern der deutschen Universitätsmedizin“ (Deutscher Ärztinnenbund, 2016) zeigt gerade einen Anteil von 10% Frauen in Führungspositionen. In drei Universitätskliniken ist keine Frau auf einem Lehrstuhl. Der Anteil der Oberärztinnen in der universitären Medizin liegt bei 31%.

Im Gutachten wird gerade im Rahmen der Online-Befragung eine unterschiedliche Wahrnehmung der Berufsgruppen in Bezug auf die Risikofaktoren festgestellt. Inwieweit hier auch eine genderspezifische Wahrnehmung eine Rolle spielt, sollte Gegenstand weitergehender Forschung sein. Das gleiche gilt für den Aufbau einer offenen Sicherheitskultur. Auch hier ergeben sich weitergehende Forschungsfragen. Zum Beispiel, wie sich eine männlich oder weiblich besetzte Führungsposition (Chefarztposition) auswirkt.

Sachverständige Gutachter

In Deutschland gibt es nur wenige Hebammen, die auch als sachverständige Gutachterinnen von den Versicherern hinzugezogen werden. Meist sind es Ärzte, die Gutachten erstellen. Ärztinnen werden selten als Gutachterinnen bestellt. Dies entspricht auch den Erfahrungen des Gutachtenteams bei den Fallanalysen im Rahmen des vorliegenden Gutachten, hier waren in keinem der untersuchten Fälle Ärztinnen als Gutachterinnen bestellt

Auf diesen Aspekt wird im Rechtsgutachten und in den Schlussfolgerungen eingegangen.

Im Gutachten wird auf geschlechtergerechte Sprache geachtet, um Frauen und Männer in gleicher Weise anzusprechen. An den Stellen, wo ausschließlich Männer beteiligt waren (z.B. ärztliche Gutachter bei Schadensfällen) wird ausschließlich die männliche Form gewählt.

2 Zusammenfassung

Hintergrund

Die geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen, vor allem die durch freiberuflich Tätige, ist in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus politischer und gesellschaftlicher Diskussionen gerückt. Angeregt durch die Ergebnisse der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ hat das BMG ein Gutachten zu Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten in Auftrag gegeben. Ziel war es, die tatsächliche Datenlage zu untersuchen und aus der Analyse Erkenntnisse über Schadensursachen sowie Ansätze für die Verbesserung der Versorgung abzuleiten. Die Ergebnisse des Gutachtens sollen nutzbringend in die Prozesse zur Qualitätssicherung bzw. Fehlervermeidung in der Geburtshilfe eingebracht werden.

Fragestellung

Das Gutachten untersucht systemische, strukturelle und individuelle Ursachen für die Entstehung von Geburtsschäden und identifiziert wirksame Sicherheitsmaßnahmen und Lösungsansätze. Gleichzeitig werden die Fragestellung aus der juristischen Perspektive beleuchtet und Handlungsempfehlungen für eine sichere Geburtshilfe formuliert.

Methode/Vorgehensweise

Für die Beantwortung der Fragestellungen wurde ein multimethodisches Vorgehen gewählt. Neben einer systematischen Literaturrecherche erfolgten die deskriptive Analyse der Schadensliste des GDV mit 95 Schadensfällen zwischen 2004 und 2014 (min. Schadensaufwand von 100.000 Euro), vertiefende Interviews mit den Versicherern, weiteren Expertinnen und Experten des Sektors sowie

die Beurteilung der Datenlage von relevanten Datenhaltern zur Situation von freiberuflichen Hebammen in Deutschland.

Mit dem Ziel, Informationen über Ursachen von Geburtsschäden zu erlangen und Wissen über mögliche Kontextfaktoren zu generieren, wurde eine Onlinebefragung mit geburtshilflich tätigen Hebammen, Ärzten und Ärztinnen durchgeführt (950 Personen).

Zur Diskussion von Lösungsansätzen und Identifizierung wirksamer Sicherheitsmaßnahmen wurden zusätzlich eine Konferenz im Open Space Format sowie ein „Themenmarktplatz“ auf dem 28. Perintalkongresses (Dezember 2017) in Berlin durchgeführt. Es konnten Instrumente, Coping Skills und Lösungen identifiziert werden, die themenübergreifend als Sicherheitsmaßnahmen angesprochen wurden. Das Gutachtenteam führte so vertiefende Gespräche mit insgesamt 264 Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen Bereichen. In einer juristischen Begutachtung wurden die gesetzlichen Regelungen für die Haftung beleuchtet (§§ 630a ff. BGB), da sie den allgemeinen rechtlichen Rahmen vorgeben. Anschließend wurden auf Basis einer Recherche Rechtsprechungen ab dem Jahr 2000 zur Haftung von Hebammen analysiert.

Wichtigste Ergebnisse

Eine Analyse von Schadensfällen bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten ist nicht möglich ohne Einbeziehung des Kontextes. Dazu gehören andere beteiligte Berufsgruppen und systemische Aspekte der geburtshilflichen Versorgung im ambulanten und stationären Sektor.

Die Definition eines Geburtsschadens ist unscharf; ein kausaler Zusammenhang einer gesundheitlichen Beeinträchtigung mit der Geburt ist häufig nicht eindeutig.

Die Begleitumstände einer Schadenssituation sind vielfältig und multidimensional. In der Online-Befragung wurden im Durchschnitt neun risikobehaftete Begleitumstände pro Fall genannt.

Über alle Methoden hinweg zeigt sich, dass eine mangelnde Kommunikation und Kooperation im Behandlungsteam, zu wenig Erfahrung und Wissen sowie eine nicht ausreichende Personalbesetzung neben den individuellen Risikofaktoren der Mutter die häufigsten Risikofaktoren sind.

Zeitverzögerungen in Entscheidung, Durchführung von Interventionen oder in der Verlegung sind weitere Risikofaktoren.

Die Wahrnehmung und Einschätzung der Wichtigkeit einzelner Risikofaktoren unterscheidet sich deutlich zwischen den Berufsgruppen.

Überraschend ist, dass eine hohe Anzahl der Befragten in der Online-Befragung mehrmals Erfahrungen mit Geburtsschäden gemacht hat und erschreckend ist, dass die Erfahrungen nicht oder kaum

aufgearbeitet wurden. Ähnliche Ergebnisse lassen sich in der Literaturrecherche und in den durchgeführten Interviews finden.

Die Analyse der Rechtsprechung kommt zu ähnlichen Ergebnissen wie die Fallanalysen der Haftpflichtversicherer. Die Verkenntung des pathologischen CTG und das damit einhergehende Unterlassen der Hinzuziehung eines Arztes oder einer Ärztin ist die wichtigste Risikokonstellation. Hohe Haftungsrisiken bestehen vor allem dann, wenn Hebammen ihre Kompetenzen überschritten und „sehenden Auges“ pathologische Zustände weiter betreut haben.

Als Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit empfehlen Experten und Expertinnen in erster Linie

- Durchführung von interdisziplinären und intersektoralen Fallbesprechungen
- (Verpflichtende) Schulungen zu Hochrisikoarzneimitteln und ihren (Neben-)wirkungen
- Regelmäßige Reanimations- und Notfalltrainings
- Schulungen zu Leitlinien und Standards in der Geburtshilfe und zur fachgerechten Diagnostik eines behandlungsbedürftigen Kindes
- Standards bzw. Checklisten zur angemessenen intra- und postpartalen Überwachung
- Schulungen und Dokumentationschecks zur rechtssicheren Dokumentation und Aufklärung

Empfehlungen

Die Empfehlungen des Gutachtenteams lauten

1. Förderung evidenzbasierter Geburtshilfe
2. Sicherstellung kontinuierlicher Betreuungsmodelle
3. Interprofessioneller Wissensauf- und -ausbau
4. Entwicklung einer konstruktiven Fehlerkultur
5. Sicherstellung effektiver Kommunikation
6. Optimierung des Schnittstellenmanagements
7. Standardisierte, zielführende Dokumentation
8. Systematische Erfassung und Analyse von Schadensfällen
9. Entwicklung von Standards für Datenerhebung und Gutachtenerstellung in Haftungsfällen
10. Transparente Qualitätssicherung bei Perinatal- und Neonataldaten
11. Etablierung von nationaler systematischer Gesundheitsforschung und -berichterstattung im Bereich Mutter-Kind Gesundheit

3 Einleitung

3.1 Hintergrund

Die geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen, vor allem durch freiberuflich Tätige, ist in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus politischer und gesellschaftlicher Diskussionen gerückt. Ein zentraler Aspekt des Diskurses sind die drastisch steigenden Beiträge zur Haftpflichtversicherung in der Geburtshilfe. Die Auswirkungen auf die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland sind bereits deutlich spürbar (Jürgensen, 2017; Leitlein, 2015; Soergel, Kaisenberg, & Hillemanns, 2015; Tempel, 2017). Verantwortlich für den starken Anstieg der Prämien sind, aufgrund der unbegrenzten Haftung im Deliktrecht, die kostenintensiven Personenschäden. Zwar kommt es pro Jahr nur zu ca. 12 derartig kostenintensiven Fällen (Deutscher Bundestag, 2014), jedoch sind die Kosten mit durchschnittlich 2,6 Mio. € pro Fall (im Jahr 2012) (GDV, 2015) exorbitant hoch und wirken sich folglich negativ auf das gesamte Segment aus. Aktuell wurde die Deckungssumme erneut erhöht; von sechs auf zehn Millionen Euro. Dies hat zur Folge, dass die Beiträge für die Haftpflichtpolice, im Gruppenversicherungsvertrag des DHV, für rund 2.500 freiberuflich tätige Hebammen erneut steigen und somit Mitte 2020 bei 9.098 € liegen werden (Ärztezeitung, 2017). Um die finanzielle Belastung durch Versicherungsbeiträge v.a. für freiberuflich tätige Hebammen mit in der Regel niedrigen Geburtenzahlen zu reduzieren wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) 2014 ein Sicherstellungszuschlag für Geburtshilfeleistungen seit dem 1. Juli 2015 festgelegt, der auch zukünftig Prämiensteigerungen bei der Berufshaftpflichtversicherung ausgleichen und zu einer dauerhaften Entlastung der freiberuflich in der Geburtshilfe tätige Hebammen führen soll. Der Sicherstellungszuschlag wird auf Antrag seit Beginn 2016 zweimal jährlich ausgezahlt und setzt die Erfüllung definierter Qualitätsanforderungen voraus (§ 134a Abs. 1b SGB V). Laut Mitteilung des GKV-Spitzenverbandes (Stand: 6. April 2018) wurde er bislang an 3040 freiberuflichen Hebammen mit einem Gesamtvolumen von 20,56 Mio. Euro ausgezahlt.

Mit dem ebenfalls seit Mitte 2015 geltenden Regressausschluß (§ 134a Abs. 5 SGB V) beabsichtigt der Gesetzgeber die Haftpflichtprämien langfristig zu stabilisieren; hierzu wird die Möglichkeit für einen Regress auf Schäden begrenzt, die vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden. Schadensersatzansprüche gegen freiberuflich tätige Hebammen sind unter zwei Gesichtspunkten möglich. Zum einen wegen der Verletzung von Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag und zum anderen unter dem Gesichtspunkt der unerlaubten Handlung. Die Haftung aus einem

Behandlungsfehler betrifft die Haftung für fachliche Fehlleistungen und wird definiert als Unterschreitung des zum Zeitpunkt der Behandlung maßgeblichen Standards einer Hebamme. Ein Haftungsgrund besteht immer dann, wenn der Behandlungsfehler einen Gesundheitsschaden zur Folge hat und es zwischen beidem einen kausalen Zusammenhang gibt. Ein Behandlungsfehler darf nicht angenommen werden, wenn sich das Verhalten erst aufgrund späterer Erkenntnisse als fehlerhaft erweist. Es ist in vielen Fällen der Beurteilung von Geburten schwer abgrenzbar, welche Faktoren tatsächlich zu der Schädigung des Kindes geführt haben. Hier ist entscheidend, welche Partei unter welcher Voraussetzung die Last einer mangelnden Aufklärbarkeit des Geschehens trägt. Bei dem Vorliegen eines einfachen Behandlungsfehlers muss die geschädigte Person das gemeinsame Auftreten eines Behandlungsfehlers, Gesundheitsschadens und eines Kausalzusammenhangs beweisen. Beim Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers gilt die Beweislastumkehr, sodass die Hebamme beweisen muss, dass der Fehler sich nicht auf den Gesundheitszustand des Kindes ausgewirkt hat. Ein grober Behandlungsfehler ist definiert durch einen eindeutigen Verstoß gegen bewährte Regeln und Erkenntnisse, der so gravierend ist, dass nicht verständlich erscheint, wie dieser Fehler hätte passieren können. Die Beweislastumkehr greift auch, wenn ein Befund nicht erhoben oder gesichert wurde, der mit hoher Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges Ergebnis ergeben hätte.

Die Datenlage zu Geburtsschäden in Deutschland ist als unzureichend zu bezeichnen. Nachvollziehbarerweise gibt es kaum prospektive Studien. Auch randomisierte Untersuchungen sind im geburtshilflichen Kontext schwer durchzuführen. Die Geburtshilfe ist eine empirische Disziplin und wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit Geburtsfehlern sind in erster Linie retrospektiver Natur. Für den ambulanten Bereich gibt es keine verpflichtende Teilnahme an Verfahren zur Qualitätssicherung, wie sie für den stationären Bereich festgelegt sind. Die meisten Hebammen, die Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen (Geburtshäusern) und zu Hause betreuen, nehmen jedoch an qualitätssichernden Verfahren teil; die Erfassungsquote liegt bei über 80% (Bauer & Kötter, 2013; QUAG, 2016). Dennoch besteht eine heterogene und unzureichende Datenlage. Darüber hinaus fehlt beispielsweise ein einheitliches, validiertes System zur Risikoaufklärung, zum Einverständnis und zum Behandlungsvertrag.

2013 etablierte sich unter Leitung des BMG eine Arbeitsgruppe, die sich auf die „Versorgung mit Hebammenhilfe“ fokussierte und sich intensiv mit dieser Thematik auseinandersetzte (interministerielle Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ 2014 (IMAG, 2014)). Die

Arbeitsgruppe konnte unter anderem eine unzureichende Datenlage zu Geburtsschäden, insbesondere im ambulanten Bereich, feststellen. Die Ergebnisse haben das BMG bewogen, ein Gutachten zu Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten in Auftrag zu geben.

3.2 Zielsetzung und Fragestellung des Gutachtens

Ziel des Gutachtens ist es, die Ursachen von Geburtsschäden zu untersuchen und aus der Analyse Erkenntnisse für eine sichere Geburtshilfe abzuleiten.

Die ursprünglichen Fragestellungen des Gutachtens bezogen sich ausschließlich auf freiberuflich tätige Hebammen und nahmen hauptsächlich Bezug auf die Schadensliste des GDV. Da das Ziel des Gutachtens ist, Erkenntnisse zur zukünftigen Fehlervermeidung in der Geburtshilfe zu gewinnen, wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber die Zielgruppe ausgeweitet; auf angestellte Hebammen und Ärzte und Ärztinnen in der Geburtshilfe. Der Ansatz nur eine Berufsgruppe zu betrachten, widerspricht dem im Gutachten zugrundeliegenden Ansatz der Systemanalyse.

Außerdem wurden die Fragestellungen dahingehend erweitert, dass auch Lösungsansätze und erfolgreiche Sicherheitsmaßnahmen untersucht wurden.

Somit sind die zentralen Fragestellungen des Gutachtens:

- Welche systemischen, strukturellen und individuellen Ursachen können für die Entstehung von Geburtsschäden identifiziert werden?
- Welche Ursachen für Geburtsschäden lassen sich aus juristischer Perspektive feststellen?
- Welche gesetzlichen Regelungen zur Haftung sind zu berücksichtigen?
- Welche Sicherheitsmaßnahmen werden bereits durchgeführt? Wie wirksam sind sie?
- Welche weiteren Sicherheitsmaßnahmen und Lösungsansätze können identifiziert werden?
- Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?
- Welche Handlungsempfehlungen für eine sichere Geburtshilfe ergeben sich aus den Ergebnissen?

3.3 Untersuchungsbereiche und Definition

Ein **Geburtsschaden** ist kein einfach zu beschreibendes Krankheitsbild mit einer einheitlichen Pathogenese. Grundsätzlich kann ein bleibender Schaden das Kind, aber auch die Mutter betreffen. Dennoch wird in der Literatur und aktuellen Rechtssprechung mit Geburtsschaden meist ein das Kind betreffendes Ereignis bezeichnet. Bereits die Definition wird in der Literatur bis heute diskutiert und die Ursachen sind häufig multifaktoriell. So bedarf die Frage nach den Ursachen von Geburtsschäden, bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten einer multidimensionalen Betrachtung, die im vorliegenden Gutachten in folgenden Untersuchungsbereichen berücksichtigt wird:

- Allgemeine Risikofaktoren für das Entstehen eines Geburtsschadens bei einer Geburt
- Individuelle Risikofaktoren, die in einer Situation wirksam werden (anamnestische, medizinische oder psychische Risiken)
- Risikofaktoren, die sich in der Arbeitssituation der Hebammen, speziell der freiberuflichen Hebammen, begründen
- Fragen der Vermeidbarkeit der Entstehung von Geburtsschäden
- Medizinjuristische Bewertung
- Datenlage

Als Geburtsschaden (engl. birth injury) verstehen Abedzadeh-Kalahroudi et al. (2015) ein „impairment of neonatal body function due to adverse events that occur at birth“ (Abedzadeh-Kalahroudi u. a., 2015: 1), also eine Beeinträchtigung der Körperfunktionen (oder -strukturen) des Neugeborenen durch unerwünschte Ereignisse, die unter der Geburt auftreten.

Bei einer Reihe von Geburtsschäden sind nicht nur die Schadensursachen vielfältig, auch der Zeitpunkt der Entstehung des Schadens ist nicht immer klar der Geburt zuzuordnen. Deshalb wird die oben zitierte Definition um unerwünschte Ereignisse erweitert, die im Zusammenhang mit der Geburt/Schwangerschaft stehen. Als Arten von Geburtsschäden werden dann u.a.: Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie, Asphyxie, Plexusparese des Plexus brachiales (Erb's Palsy, Klumpke's Palsy), Knochenfrakturen, Kephalhämatom, Fazialisparese, Schulterdystokie, intrakranielle Blutungen, Platzwunden, Schnittwunden bei der Sektio, Totgeburten und Neugeborenenikterus verstanden (Abedzadeh-Kalahroudi u. a., 2015).

Hypoxischer Hirnschaden (HIE) und Zerebralparese (CP)

Ob ein (hypoxischer) Hirnschaden intrapartal oder präpartal entstanden ist, lässt sich nicht immer sicher sagen. Das heisst, dass beispielsweise die Diagnose Zerebralparese (die frühestens nach Ende des ersten Lebensjahrs gestellt werden kann) **nicht** gleichbedeutend mit einem Fehler/Schuld der Hebamme ist. 80-90% aller Zerebralparesen bei Säuglingen entstehen nicht intrapartal. Zum Nachweis einer intrapartalen Schädigung müssen folgende Nachweise (Rei, Ayres-de-Campos, & Bernardes, 2016) erbracht werden:

1. niedrige Apgarwerte nach 5 und 10 Minuten
 2. metabolische Azidose im Nabelschnurblut (wird bei Hausgeburten nicht abgenommen) oder einer sehr frühen Blutprobe beim Neugeborenen
 3. Hirnödem/Blutungen innerhalb der ersten 48 Lebensstunden
 4. neurologische Auffälligkeiten innerhalb der ersten 48 Lebensstunden
-

Auch eine später diagnostizierte Zerebralparese gilt als potenzieller Geburtsschaden (Eunson, 2012, p. 36 ff.; Schiffrin, Soliman, & Koos, 2016, p. 87 ff.). Wobei, wie bereits ausgeführt, diese in der Regel nicht zweifelsfrei einem definierten Zeitpunkt (prä- oder intrapartal) zugeordnet werden kann und ohne weitere Hinweise eine Aussage über Ursache resp. Genese nicht zulässig ist.

4 Vorgehensweise und Methodik

Für die Beantwortung der Fragestellungen, wurde ein multimethodisches Vorgehen gewählt. Neben einer systematischen Literaturrecherche und der Durchführung von Experteninterviews wurde die vom BMG bereitgestellte Schadensliste des GDV deskriptiv ausgewertet. Ausgewählte typische Fälle dieser Liste wurden mithilfe von Interviews mit den verantwortlichen Sachbearbeitern und Sacharbeiterinnen der regulierenden Haftpflichtversicherer vertieft und analysiert. Hierbei wurde deutlich, dass die vorhandenen Informationen nicht für die Durchführung der für die Beantwortung der Fragestellung zentralen Fall- und Ablaufanalyse ausreichten. Zur Analyse der Ursachen war auch eine Analyse der vorhandenen Datenquellen vorgesehen. Die angefragten Datenhalter konnten jedoch keinen qualifizierten Datensatz mit den in der Literaturrecherche und den geführten Interviews identifizierten Risikofaktoren und Ursachen für Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten zur Verfügung stellen, da diese bislang an keiner Stelle erfasst werden. Aus diesem Grund wurde eine Onlinebefragung von Hebammen, Entbindungspfleger sowie

Ärztinnen und Ärzten durchgeführt, die diese Aspekte berücksichtigt. In einer Open Space Konferenz und während des Themenmarktplatzes auf dem Perinataalkongress wurden mit Akteurinnen und Akteuren des Sektors Lösungsansätze für die identifizierten Risikofaktoren erarbeitet und diskutiert. Für eine juristische Beantwortung der Fragestellung wurde ein Rechtsgutachten erstellt, das in Gänze in Kapitel 6 aufgeführt wird.

Für das vorliegende Gutachten wurden Informationen aus folgenden Quellen berücksichtigt:

- systematische Literaturrecherche
- Internetrecherche
- Screening aktueller Veröffentlichungen (Presse)
- Rechtstexte
- Experteninterviews
- Onlinebefragung
- Open Space Workshop
- Themenmarktplatz
- Workshops des Gutachtenteams

4.1 Literaturrecherche

Zielsetzung der Literaturrecherche war die Identifikation von nationalen und internationalen Publikationen zur Fragestellung: Was sind mögliche Ursachen für Geburtsschäden bei von (freiberuflichen) Hebammen betreuten Geburten? Analog zur Vorgehensweise des Manuals „Systematische Literaturrecherche für die Erstellung von Leitlinien“ (Gechter u. a., 2013) wurden dafür Richtlinien, aggregierte Evidenz und Studien herangezogen.

Zur Identifikation geeigneter Leitlinien wurden in Abstimmung mit projektinternen Expertinnen und Experten die Datenbanken der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Guideline International Network (GIN), National Guideline Clearinghouse (NGC), Update (Wolters Kluwer) sowie die Internetseiten einschlägiger Fachgesellschaften exploriert. Die Suche nach aggregierter Evidenz erfolgte über den Zugang der Cochrane Library die Datenbanken Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) und die Health Technology

Database (HTA). Für die Suche nach Studien wurden die Datenbanken MEDLINE (via Pubmed), EMBASE (via Embase), CENTRAL (via Cochrane Library), CINAHL (via Ebsco) und Psycinfo (via Ebsco) genutzt. Eingeschlossen wurden alle Studien, die sich auf Ursachen (a) von Geburtsschäden (b) und Hebammen (c) beziehen oder Synonyme dieser drei Suchbegriffe im Volltext enthielten. Der berufliche Status der Hebammen (Freiberuflichkeit, Angestelltenverhältnis) wurde von den Hauptsuchkriterien der Recherche ausgeschlossen, da bei einer ersten Sichtung erkenntlich wurde, dass die Inklusion des Suchwortes die Anzahl gefundener Literatur erheblich schmälerte. Die Auswahl und Analyse der Literatur erfolgte anhand vorher definierter Kriterien. Die genaue Auflistung der Ein- und Ausschlusskriterien kann dem Anhang entnommen werden.

4.2 GDV-Schadensliste

Dem Gutachtenteam wurde eine Schadensliste des GDV (GDV-Liste) mit 95 gemeldeten Schadensfällen zur Verfügung gestellt. Die Schadensfälle sind zwischen 2004 und 2014, mit einem jeweiligen Schadenaufwand von mindestens 100.000 Euro gemeldet worden und sind sog. Personengroßschäden. Die Schäden der Liste werden von fünf bis sechs Versicherern reguliert und sollten dem Gutachtenteam als Hilfestellung dienen, sowie den Prozess der Beantwortung der Fragestellung unterstützen. Welche Haftpflichtversicherung welchen Fall reguliert hat, ist der Liste nicht zu entnehmen und wird auch vom GDV nicht offengelegt. Lediglich die Regulierer der zehn als Stichprobe gezogenen Fälle wurden genannt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere Regulierer Fälle zur Liste beigesteuert haben.

Im Rahmen eines durchgeführten Screenings wurden die in der Liste enthaltenen Informationen soweit möglich, kategorisiert und deskriptiv analysiert.

4.3 Interviews mit Versicherern

In Ermangelung prospektiver Untersuchungsmethoden gelten retrospektive Analysen von Patientenakten (chart reviews) als Goldstandard zur Messung der Häufigkeit (vermeidbarer) unerwünschter Ereignisse (siehe auch Harvard Medical Practice Study (Brennan u. a., 1991)). Dies ist nur möglich, wenn die zur Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen, Dokumentationen für ein chart review zur Verfügung stehen.

Bei Auftreten schwerer Fehler bzw. Zwischenfälle haben sich die im Risikomanagement zur Verfügung stehenden reaktiven oder retrospektiven Methoden wie ONR 49002-2 (Risikomanagement für

Organisationen und Systeme - Teil 2: Leitfaden für die Methoden der Risikobeurteilung - Anwendung von ISO/DIS 31000 in der Praxis, 2014) und ISO 31 000 (ISO Technical Management Board Working Group on risk management, 2009), die an das Gesundheitssystem adaptiert wurden, etabliert. Eine kritische Betrachtung zu den genannten Methoden ist in einem aktuellen Beitrag von Peerally et al. (Peerally, Carr, Waring, & Dixon-Woods, 2016) zu finden.

Die zur Verfügung stehenden Methoden, die alle auf einer genauen Kenntnis der Abläufe basieren, sind im Wesentlichen:

- London Protokoll (Taylor-Adams & Vincent, 2004)
- PRISMA-medical (Van der Schaaf & Habraken, 2005)
- Root-Cause-Analysis (VA U.S. Department of Veterans Affairs, 2015)
- 5-Why-Methode (Liker & Meier, 2006)
- Concise Incident Analysis Tool (Pham JC, Hoffman C, Popescu I, 2013)

Der initiale Ansatz für die im Gutachten zu erarbeitende Systemanalyse war das organisationale Unfallmodell von James Reason (Reason, 1993), das davon ausgeht, dass ein Rahmensystem von Einflussfaktoren auf die fehlerhafte Handlung analysiert werden muss, um Ursachen zu identifizieren.

Die Einflussfaktoren wurden analog zum London Protocol bzw. der RCA wie folgt definiert:

- Patientinnenfaktoren (wie z.B. Komplexität und Schweregrad des Zustands)
- Individuelle Faktoren (Qualifikation, Kompetenz, physischer Zustand)
- Aufgaben -und Prozessgestaltung (Verfahrensweisungen, Entscheidungshilfen)
- Teamfaktoren (Teamstruktur, Kommunikation)
- Arbeitsumgebung (Qualifikationsmix, Arbeitsbelastung/Schichtpläne, technische Ausstattung, physische Umgebung wie Licht, Geräusche, Entfernung zum nächsten Krankenhaus bei Verlegung)
- Sicherheitsbarrieren und Abwehrmechanismen (z.B. Zählkontrollen, Checklisten, Teamtraining)
- Organisations-, Managementfaktoren und institutioneller/politischer Rahmen (Sicherheitskultur, finanzielle Ressourcen, Einbettung des ambulanten geburtshilflichen Angebots in das gesundheitspolitische Setting)

Damit wird das menschliche (Fehl-) Verhalten in einen größeren Zusammenhang gestellt und ein Verständnis für das Zusammenwirken aller Systemelemente entwickelt.

Für eine Systemanalyse der Schadensfälle und der zugrundeliegenden Ursachen, sind in einer Stichprobe zehn Schadensfälle der GDV-Liste ausgewählt worden. Um möglichst verschieden gelagerte Fälle in die Analyse einbeziehen zu können, erfolgte die Auswahl der Fälle anhand zuvor definierter Kriterien hinsichtlich Schadensort (Geburtshaus, Hausgeburt, Krankenhaus), Schadensaufwand (höher als 3 Millionen, zwischen 1-2 Millionen, kleiner als 1 Million), Verschuldungsgrad (grobe Fahrlässigkeit, einfache Fahrlässigkeit) und Schadensjahr (möglichst gemischt). Zu diesen ausgewählten Fällen wurden vertiefende Interviews mit den jeweiligen Sachbearbeitern und Sachbearbeiterinnen der regulierenden Versicherungen durchgeführt. Drei der Fälle mussten nachträglich ausgeschlossen werden (Ausschlusskriterien: Arztfall, präpartaler Schaden, Mitschuld), so dass insgesamt sieben Fälle in die Auswertung einbezogen wurden.

Ein Fragenkatalog, der zugleich als Gesprächsleitfaden diente, wurde im Vorfeld mit dem Gutachtenteam in Anlehnung an den Perinatalfragebogen und den Fragebogen der QUAG e.V. unter Berücksichtigung der oben erwähnten Einflussfaktoren erstellt. Anschließend wurde er zur Vorbereitung auf die Interviews den Sachbearbeitern und Sachbearbeiterinnen zur Verfügung gestellt (s. Anhang 2). Die Interviews wurden am 22.05.2017 bei der AXA in Köln und am 30.05.2017 bei der Versicherungskammer Bayern (VKB) in München persönlich von drei Expertinnen des Gutachtenteams durchgeführt. Die Interviews mit der Allianz und der Nürnberger Versicherung erfolgten am 18.09.2017 telefonisch. Die transkribierten Interviews wurden in einem Workshop am 02.06.2017 und am 09.10.2017 ausgewertet und anschließend mit dem Gutachtenteam diskutiert.

Die in der ursprünglichen Konzeption vorgesehene Root-Cause-Analysis ließ sich aufgrund der unzureichenden Informationen, vor allem im Hinblick auf die systemischen und strukturellen Faktoren, nicht durchführen. Hauptgrund hierfür war, dass für die Versicherer sowohl die individuellen als auch systemischen Faktoren lediglich eine untergeordnete Rolle spielen.

4.4 Externe Datenquellen

Vorgesehen war eine Analyse bestehender Datenquellen zu Qualitätssicherung bzw. zu dokumentierten Behandlungsfehlern. Hierzu waren im Vorfeld Kooperationszusagen eingeholt worden:

- QUAG e.V. - Bundesweite Erhebung der außerklinischen Geburten seit 2000. Der Erfassungsgrad liegt bei 88 - 98 %. Die Dokumentation ist für die in der außerklinischen Geburtshilfe freiberuflich tätigen Hebammen freiwillig.
- APS e.V. – AG Behandlungsfehlerregister - Die AG Behandlungsfehlerregister führt selbst keine Daten. Es wurde ein Kerndatensatz erarbeitet, der von sechs Datenhaltern im Rahmen einer Studie erhoben und ausgewertet und anschließend an die AG übermittelt wurde.

Die Sichtung der Datenquellen ergab, dass die in der Literaturrecherche identifizierten individuellen und systemischen Risikofaktoren in keiner der benannten Datenbasen ganzheitlich erfasst und mit Informationen zu Geburtsschäden zusammengeführt werden. Eine Überprüfung tragender Risikofaktoren durch eigene Analyse war somit nicht möglich. Darüber hinaus handelt es sich bei dem Behandlungsfehlerregister der APS nicht um eine Datenbank im eigentlichen Sinne, sondern vielmehr um ein Projekt, bei dem sechs klinische Datenhalter ihre (Routine-)Daten nutzten, um eine gemeinsamen Fragestellung zu beantworten. Eine Datenbank mit zusammengeführten, einheitlich erfassten Rohdaten gibt es nicht.

Die Datenhalter der damaligen Analyse wurden kontaktiert und im Rahmen von Interviews nach Erkenntnissen und Schlussfolgerungen aus den seinerzeit erfolgten Auswertungen der Daten befragt.

4.5 Experteninterview

Zur Ergänzung der Daten und Vertiefung der Analyse sowie um fundierte Einschätzungen zu relevanten Prozessen und Vorgängen zu erhalten, wurde eine Befragung von Expertinnen und Experten durchgeführt. Ziel war die Anreicherung der durch Literaturrecherche und Analyse der GDV-Liste sowie der Gespräche mit den Sachbearbeitern und Sachbearbeiterinnen gesammelten Informationen mit von sachkundigen Expertinnen und Experten validierten Kontextvariablen, um einen möglichst hohen Anteil der aufgetretenen Geburtsschäden erklären zu können. Die Ergebnisse der in den Interviews identifizierten Risikobereiche dienten dabei als Grundlage der Diskussionen zur Maßnahmen- und Lösungsentwicklung auf der Open Space Veranstaltung und dem Themenmarktplatz.

Die Akquise der Expertinnen und Experten erfolgte zwischen Juni und September 2017. Angesprochen wurden Expertinnen und Experten, die von Mitgliedern des Gutachtenteams, den einschlägigen Berufsverbänden oder wissenschaftlichen Fachgesellschaften empfohlen wurden. Der Personenkreis der Befragten sollte eine möglichst große Bandbreite an Erfahrungen aus unterschiedlichen Blickpunkten und Berufsgruppen wiedergeben. Es erklärten sich zwölf Expertinnen und Experten aus dem Bereich Geburtshilfe (außerklin. Hebammen, Hebammenwissenschaftlerinnen sowie ärztl. Geburtshelfer und Geburtshelferinnen, Experten und Expertinnen für Risikoprozessanalyse, Medizinrechtler und Medizinrechtlerinnen, Versicherungsfachleute) bereit an dem etwa 45-minütigen Interview teilzunehmen:

- Dr. Sebastian Almer, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, Uhlenheimer Friedrich Rechtsanwälte PartGmbH
- Prof. Nicola Bauer, Hochschule für Gesundheit, Leitung des Studienbereichs Hebammenwissenschaften
- Prof. Dr. Mechthild Groß, MH Hannover Bereich Hebammenwissenschaft
- Martina Klenk, Hebamme, ehemalige Präsidentin des DHV
- Denize Krauspenhaar, Hebamme, Schatzmeisterin des Landesverbandes der Hessischen Hebammen e.V., ehem. Qualitätsbeauftragte im Geburtshaus
- Dr. med. Wolf Lütje, Chefarzt – Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Präsident DGPF
- Dr. Max Middendorf, Fachanwalt für Medizinrecht/ Ärztliches Haftpflichtrecht und Risk – Management
- Dr. med. Björn Misselwitz (MPH), Leitung der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH)
- Prof. Dr. Rainhild Schäfers, ehem. Vorsitzende DGHWi, Mitglied der Leitlinienkommission AWMF, Hochschule für Gesundheit, Fachbereich Hebammenwissenschaft, Bochum
- Prof. Dr. med. Ekkehard Schleußner, Direktor Klinik für Geburtsmedizin, Universitätsklinikum Jena
- Prof. Dr. med. Christoph Scholz MHBA, leitender Oberarzt, stellv. Klinikdirektor, Universitätsfrauenklinik Ulm
- Anke Wiemer, Hebamme, Geschäftsführerin von QUAG e.V.

Die Durchführung der halbstrukturierten, leitfadengestützten, telefonischen Experteninterviews erfolgte im Zeitraum vom 18.09.2017 - 09.10.2017 durch je ein Mitglied des Gutachtenteams. Die Interviews dauerten im Schnitt 45 Minuten und wurden während der Durchführung transkribiert. Ein halbstrukturiertes Interviewformat wurde gewählt, um gezielt auf einzelne (Teil-) Schritte der relevanten Prozesse vertiefend eingehen zu können.

Der Gesprächsleitfaden wurde im Vorfeld durch das Gutachtenteam und auf Grundlage bisheriger Ergebnisse erstellt (siehe Anhang 2, 10.21, Seite 17). Er diente im Gespräch zu einer Orientierung bei der Gesprächsführung, die offen, flexibel und strukturiert verlaufen ist. Die Struktur bietet wiederum eine Vergleichbarkeit in den gesammelten Daten. Diese Methode des problemzentrierten Interviews ermöglicht das Eingrenzen eines Problembereichs, wobei es der interviewten Person die Möglichkeit bietet, möglichst unvoreingenommen und frei erzählen zu können.

Als qualitative Auswertungsmethode für die Experteninterviews wurde die Grounded Theory (Gegenstandverankerte Theorie) nach Glaser und Strauss (Glaser & Strauss, 1967) ausgewählt, da sich diese zur Ermittlung bis dato nicht beschriebener Zustände eignet. Die Zielsetzung dieser Methode liegt in der Theorieentwicklung aus gesammelten Daten und ist laut Strübing (Strübing, 2008) ein sich kontinuierlich entwickelnder Prozess, welcher keinen bestimmten Endpunkt vorsieht und auf empirischen Daten basiert. Diese Methode bietet einen hohen Grad an Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand und ist damit gut dazu geeignet die Ursachen und Risikofaktoren bei der Entstehung Geburtsschäden herauszuarbeiten (Lamnek, 2005).

Die Datenanalyse erfolgt zu Anfang in Kodierungsschritten, um eine Relevanz der Inhalte zu bestimmen und diese mit einem Begriff zu erfassen. Anschließend werden diese in Dimensionen aggregiert und Konzepte zur Fragestellung formuliert. Dies bietet eine Systematisierung des Datenmaterials und erfolgt in drei Schritten (Brüsemeister, 2008).

Die primäre Analyse fand bereits während der Datensammlung statt, in dem die Interviewerinnen und Interviewer die ersten Kategorien für die präzisere Datenanalyse zusammenstellen. Die verschriftlichten Interviews und Stichpunkte/Kategorien wurden daraufhin in einem Auswertungsworkshop (09. Oktober 2017) dem Projektteam vorgestellt und zwei übergeordneten Themenbereiche, zum einen den Risikofaktoren und zum anderen den Lösungsansätzen, zu der Fragestellung zugeordnet.

Alle weiteren Kategorien ergaben sich aus dem Kontext und wurden bei Bedarf von den Gruppenmitgliedern diskutiert. Schließlich ergaben sich acht polarisierende Problemfelder, die als Basis für die lösungsorientierte Diskussionen der Open Space Veranstaltung dienten. Nach einer ersten gemeinsamen Identifikation wichtiger Dimensionen und Kategorien erfolgte eine detaillierte Auswertung aller Interviews mithilfe des Programms Atlas.ti. Dabei wurden die paraphrasierten, verdichteten Kernaussagen der Gespräche zunächst detailliert kategorisiert, dann in mehrstufigen Verfahren thematisch zusammengefasst und anschließend ausgezählt.

Diese Art der Auswertungsmethode verfolgt nicht den Anspruch, das gesammelte Material vollständig und durchgehend zu kodieren. Die Konstruktion dieser Forschungsmethode ist mittelfristig und dient dazu, das Verhalten der Prozesse zu verstehen. Der Auswertungsprozess des Datenmaterials ist iterativ und nicht abschließend.

Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die Experteninterviews für die Expertinnen und Experten ein selbstverständliches, jedoch auch ein diffuses Wissen wiedergeben. Die Expertise ist per Definition immer auf ein Forschungsthema bezogen und die Gesprächspartner und -partnerinnen reflektieren ihre persönlichen und individuellen Erfahrungen.

4.6 Onlinebefragung

Ziel der Befragung war es, möglichst viele Informationen über individuelle, systematische und weitere assoziierte Risikofaktoren bei der Entstehung tatsächlicher oder vermuteter Geburtsschäden zu generieren. Zentrale Untersuchungsbereiche der Befragung waren die Erfahrungen mit Geburtsschäden (selbst erlebt oder im nahen beruflichen Umfeld) und deren Umstände sowie Ursachen (individuell, systemisch, kontextual), die Einschätzung/Wissen über Gefährlichkeit einiger Risikofaktoren, Methoden zur Fehlervermeidung und Unterstützungsangebote nach erlebten Geburtsschäden. Die in der Literaturrecherche herausgearbeiteten Faktoren sollten untersucht und auf das deutsche Umfeld validiert werden. Weiterhin sollten Erkenntnisse über erfolgreich angewandte Sicherheitsmaßnahmen resp. Sicherheitsverhalten identifiziert werden, die nutzbringend in die Prozesse zur Qualitätssicherung bzw. Fehlervermeidung in der Geburtshilfe eingebracht werden können. Bei der Querschnittstudie handelte es sich um eine retrospektive, nicht-interventionelle Fragebogenstudie. Diese explorative Studie soll Wissen und Theorien generieren und keine Hypothesen bestätigen.

Mittels der Onlinebefragung wurde daher die folgende übergeordnete Fragestellung untersucht:

*„Was sind Ursachen und Risikofaktoren für das Auftreten von
Geburtsschäden aus interdisziplinärer Sicht?“*

Neben der übergeordneten Fragestellung wurden im Rahmen der Onlinebefragung die folgenden Fragestellungen ebenfalls beantwortet:

1. Welche Kontextfaktoren lassen sich bei tatsächlich erlebten Geburtsschäden retrospektiv identifizieren?
2. Unterscheiden sich diese Kontextfaktoren zwischen den Berufsgruppen?
3. Welche Maßnahmen werden in der Praxis angewandt, um die Patientensicherheit in der Geburtshilfe zu erhöhen und gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen Gruppen (z.B. Berufsgruppen)?
4. Wie risikoreich werden die Kontextfaktoren eingeschätzt? Gibt es identifizierbare Risikofaktoren?
5. Welche Unterstützung benötigen betroffene Fachpersonen, um nach erlebtem Geburtsschaden arbeitsfähig zu bleiben/werden?

Der Fragebogen wurde basierend auf Ergebnissen der Literaturrecherche gemeinsam in einem Workshop mit den Expertinnen und Experten entwickelt und einem Pretest unterzogen. An der Entwicklung des Fragebogens waren sowohl Hebammen, ein Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe, als auch eine Psychologin aus dem klinischen Risikomanagement mit Expertise in der Fragebogenentwicklung und Forschung beteiligt. Der Online-Fragebogen wurde im Juli 2017 interdisziplinären Pretests unterzogen und anschließend geringfügig angepasst.

Der Fragebogen besteht hauptsächlich aus geschlossenen Fragen und kann nur online durchgeführt werden. Die ersten Seiten des Fragebogens sind im Anhang 2, 10.22, Seite 18 (der vollständige Fragebogen ist der elektronischen Version enthalten) aufgeführt. Die Beantwortung der Fragen erfordert, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich an unter Umständen belastende Situationen erinnern, die negative Gefühle auslösen können. Am Ende des Fragebogens wird daher eine Belastungsfrage gestellt: „Hat diese Befragung negative Erinnerungen ausgelöst, die Sie belasten?“. Wurde diese mit „Ja“ beantwortet und die Belastung als hoch eingestuft, wurden die Teilnehmenden auf eine Seite mit Kontaktdaten für psychologische Betreuung/Seelsorge weitergeleitet. Aufgrund der

möglichen Auslösung von Emotionen bei den Befragten, hat sich das Gutachtenteam dazu entschieden, den Fragebogen einer Ethikkommission vorzulegen. Ein positives Votum durch die Freiburger Ethikkommission lag am 28. August 2017 vor.

Befragt wurden in der Geburtshilfe tätige Hebammen und Ärzte und Ärztinnen in Deutschland. Eine Einladung zur Teilnahme an der Befragung wurde über unterschiedliche Kanäle verteilt. Der Link zur Online-Befragung wurde über den Newsletter der DHV, DGPF, DGGG, dghwi, BLFG, QM-Netzwerke, Xing und Facebook verbreitet. So wurden alle Landesverbände der Hebammen angefragt, die Einladung an ihre Mitglieder zu verteilen. Um eine möglichst hohe Teilnahmequote zu erzielen, wurde zudem sowohl in ausgewählten Fachprintmedien, als auch mit Flyern über die Befragung informiert. In der deutschen Hebammenzeitschrift, im Hebammenforum des Deutschen Hebammenverbandes e.V. sowie über Internetseiten, Emailnetzwerke und durch Vorträge der Projektbeteiligten wurde die Befragung ebenfalls beworben. Motherhood e.V. und #aufdentschhauenfürhebammen haben den Link ebenfalls über soziale Medien verteilt.

In der Zeit vom 15.09.2017 bis zum 15.12.2017 konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf einen Link der Befragungsplattform EFS Survey zugreifen und dort die Befragung durchführen. Die Teilnahme an der Befragung dauerte dabei zirka 20 Minuten. Als Voraussetzung zur Teilnahme an der Befragung musste jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer eine Einverständniserklärung bestätigen.

Die Auswertung der Befragung erfolgte mit SPSS und ist hauptsächlich deskriptiver Natur. Unterschiede zwischen Berufsgruppen oder beruflichen Status werden ebenfalls nur deskriptiv und visuell mithilfe von Mittelwerten, Häufigkeitsverteilungen und Streuungsmaßen dargestellt. Die ersten Ergebnisse der Befragung dienen als Diskussionsgrundlage für die Open Space Veranstaltung. Eine abschließende Auswertung erfolgte im Dezember 2017.

4.7 Open Space Veranstaltung

Die Open Space Veranstaltung ist eine Methode der Konferenzgestaltung und beschreibt einen offenen Raum, der den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit bietet, sich in einem stabilen methodischen Rahmen fokussiert und nach individuellen Interessen auszutauschen. Entgegen einer konventionellen Konferenz gibt es bei einer Open Space Methode lediglich eine grob formulierte Struktur. Mit dieser Methode kann eine große Gruppe relevanter Personen in das Forschungsvorhaben

aktiv mit einbezogen werden. Neben der Wirksamkeit in die teilnehmende Gruppe hinein und dem damit verbundenen Erkenntnisgewinn, ist diese Methode in hohem Maße partizipativ und gerade für komplexe Fragestellungen und Themen geeignet. Dadurch ist es möglich, mit einer großen Gruppe von Fachpersonen in kurzer Zeit belastbare Lösungsansätze zu erarbeiten. Ein weiteres Ziel der Open Space Veranstaltung ist es, verschiedene Akteure und Berufsgruppen zusammenzubringen und eine konstruktive Diskussion zum Thema anzuregen, um folglich gemeinsam mit den Beteiligten konkrete Maßnahmen und Lösungsansätze (hier: zur Reduktion der Eintrittswahrscheinlichkeit der identifizierten Risikofaktoren) erarbeiten zu können.

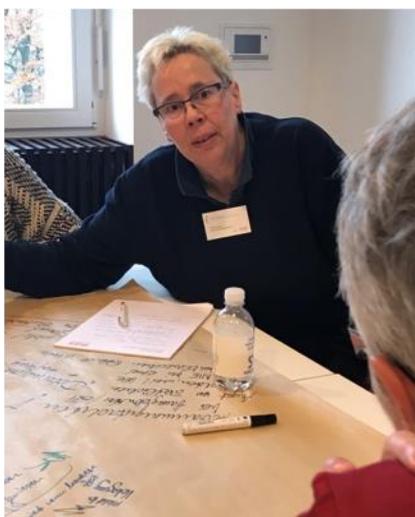


Abb. 1: P.Gruber im Gespräch beim Open Space Workshop

Die Open Space Veranstaltung wurde am 20.11.2017 im Karl Storz Besucher- und Schulungszentrum in Berlin durchgeführt. Das Datum wurde so gewählt, dass die Veranstaltung der Bundesdelegiertentagung (BDT) des DHV direkt vorausging. Zu dieser Veranstaltung wurden alle an der Betreuung von Geburtsprozessen beteiligten Berufsgruppen sowie wichtige Akteurinnen und Akteure des Sektors (wie beispielsweise Haftpflichtversicherer, Juristen und Juristinnen des Medizinrechts, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BMGs sowie Datenhalter, Interessenvertreterinnen und -vertreter) eingeladen.

Die Einladung erfolgte auf unterschiedlichen Kanälen und analog zu der Einladung zur Befragungsteilnahme. Die Einladung zur Open Space Veranstaltung wurde über den Newsletter der DHV, DGPF, DGGG, dghwi, BLFG, QM-Netzwerke, Xing und Facebook verbreitet. Gleichzeitig wurde in ausgewählten Fachprintmedien, als auch mit Flyern über die Veranstaltung informiert. In der deutschen Hebammenzeitschrift, im Hebammenforum des Deutschen Hebammenverbandes e.V. sowie über Internetseiten, Emailnetzwerke und bei Vorträgen der Projektbeteiligten wurde die Open Space Veranstaltung ebenfalls mit der Kampagne „#allehelfenmit“ auf twitter beworben. Motherhood e.V. und #aufdentischhauenfürhebammen informierten ihre Follower in sozialen Medien darüber.

Insgesamt 37 Teilnehmende sowie Moderatorinnen und Moderatoren erarbeiteten über vier Stunden Lösungsansätze in Kleingruppen zu vorher festgelegten Themen. Durch Mitglieder waren dabei der DHV und einige seiner Hebammenlandesverbände (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland) vertreten; darüber hinaus, der BfHD, QUAG e.V., Motherhood e.V., Greenbirth e.V., die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, Hebammen und Doulas aus unterschiedlichen Regionen, die Geburtsmedizin des Universitätsklinikums Jena, die Geburtshilfe des Universitätsklinikums Gießen und Marburg und der Auftraggeber, das BMG. Für diese Veranstaltung in Berlin wurden zum Teil weite Strecken zurückgelegt. So reisten Teilnehmende u.a. aus Oldenburg in Niedersachsen, Münster, Karlsruhe und München an.

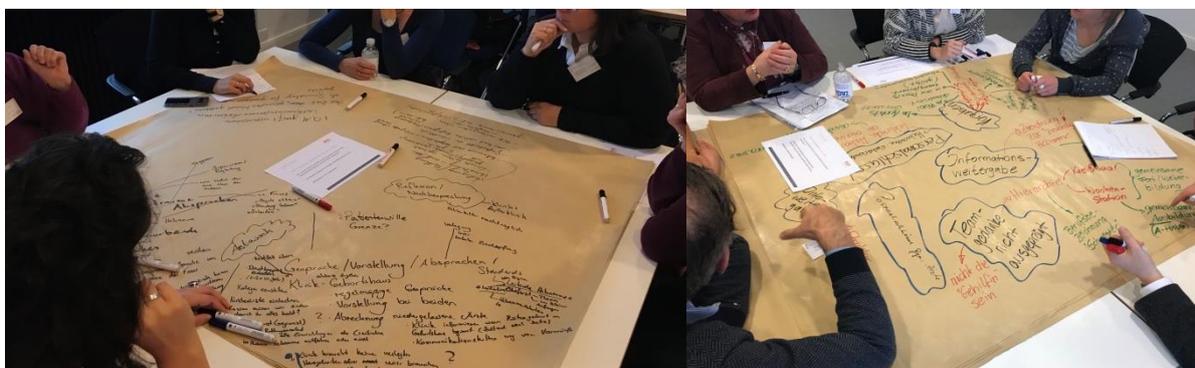


Abb. 2: Interaktives Erarbeiten und Diskutieren von Lösungsansätzen

Die Arbeits- und Diskussionsgrundlage für die Open Space Veranstaltung und den Perinatalkongress lieferten eine Analyse der vorgeschlagenen Sicherheitsmaßnahmen und Best Practice Beispiele aus den zwölf Interviews. An sechs Arbeitstischen wurden zwischen 14.00 und 16.00 Uhr in drei Runden zu den Themen

- a) Sicherheitskultur
 - b) Aus-, Fort- und Weiterbildung,
 - c) Schnittstellen klinische/außerklinische,
 - d) Schnittstellen in der Klinik,
 - e) Qualitätsmanagement/Risikomanagement,
 - f) Dokumentation Lösungsansätze und Sicherheitsmaßnahmen
- konkretisiert und kritisch besprochen.

An einem siebten Tisch konnten die Teilnehmenden das Thema frei auswählen. Über drei Gesprächsrunden wurden dort die Themen „Sichere Geburt aus Sicht der Eltern“, „Forensischen Druck

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten Gutachten

rausnehmen“ und „Strukturelle Gewalt in der Geburtshilfe“ tiefer bearbeitet. Es konnten Instrumente, Coping Skills und Lösungen identifiziert werden, die themenübergreifend als Sicherheitsmaßnahmen angesprochen wurden. Für die Ergebnissicherung und die Moderation waren Mitglieder des Gutachtenteams sowie drei externe Moderierende verantwortlich.



Abb. 3: Positive Resonanz in Posts und Tweets auf unterschiedlichen Kanälen sozialer Medien

Die Auswertung der Open Space Veranstaltung erfolgte im Anschluss in zwei Schritten. Zunächst sortierten die Moderatorinnen und Moderatoren die zusammengetragenen Lösungsansätze und fassten sie anschließend zu Kernaussagen zusammen. In einem Expertenworkshop am darauffolgenden Tag (21.11.2017) wurden zentrale Maßnahmen und Tools herausgearbeitet, die über alle Themenbereiche hinweg als Lösungen genannt wurden.

Die Resonanz des Sektors war durchweg positiv und wurde auch in den sozialen Medien als konstruktiver, produktiver Austausch in angenehmer Arbeitsatmosphäre bezeichnet (vgl. **Abb. 3**).

4.8 Themenmarktplatz

Um weitere Akteurinnen und Akteure des Sektors zu erreichen und dem Thema einen größeren öffentlichen Diskussionsraum zu geben, beteiligte sich das Gutachtenteam an dem Themenmarktplatz des 28. Perintalkongresses (etwa 1.700 Besucher, davon etwa 500 Hebammen). Die Durchführung des Themenmarktplatzes erfolgte außerhalb des angebotenen Leistungsumfanges pro bono von Seiten der BQS und des externen Gutachtenteams.

Vom 30.11. bis 02.12.17 bot sich so für Ärzte und Ärztinnen, Hebammen, Klinikleitungen, Qualitätsmanager sowie Professoren und Professorinnen auf dem Themenmarktplatz des Hebammengutachtens die Möglichkeit, ihren Input zu den Themen der Open Space Veranstaltung zu liefern und die eigenen Statements, oder die anderer zu diskutieren. An drei Stellwänden konnten Kongressteilnehmende Fragen zu den sechs Themen der Open Space Veranstaltung „Sicherheitskultur, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Schnittstellen klinische/außerklinische, Schnittstellen in der Klinik, Qualitätsmanagement/Risikomanagement und Dokumentation“ mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen heraus beantworten. Lösungsvorschläge wurden dabei auf Moderationskarten geschrieben und den Themen entsprechend zugeordnet.

Das Angebot zur Mithilfe wurde überaus gut angenommen. Das Gutachtenteam führte über diese drei Tage vertiefende Gespräche zu den Ergebnissen des Open Space mit insgesamt 227 Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen Sektoren.

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten Gutachten



Abb. 4: Viele konstruktive Diskussionen und Ideen wurden auf dem Themenmarktplatz des 28. Perinatalkongresses zusammengetragen

Die Auswertung des Themenmarktplatzes erfolgte analog und parallel zu der Auswertung der Experteninterviews. So wurden die gesammelten Lösungen mit dem Programm Atlas.ti den von dem Gutachtenteam identifizierten Kategorien zunächst zugeordnet, dann verdichtet und schließlich ausgezählt.

4.9 Rechtsgutachten

Das Rechtsgutachten wurde unabhängig von der Fallarbeit und den weiteren Aktivitäten erstellt und beleuchtet die Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten aus juristischer Sicht.

Dabei wurden zunächst die gesetzlichen Regelungen für die Haftung beleuchtet (§§ 630a ff. BGB), da sie den allgemeinen rechtlichen Rahmen vorgeben. Anschließend wurden auf Basis einer Recherche innerhalb des Recherche-Portals juris veröffentlichte Rechtsprechungen ab dem Jahr 2000 zur Haftung von Hebammen analysiert.

Dabei orientierte sich die Analyse der Rechtsprechung sowohl an die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs als höchstes deutsches Zivilgericht, als auch an Entscheidungen der Obergerichte, die sich mit der Klärung von tatsächlichen Umständen sowie medizinischer Fachfragen beschäftigen.

5 Darstellung der Einzelergebnisse

5.1 Literaturrecherche

Im Zuge der Literaturrecherche konnten nur wenige, für die Fragestellung relevante Publikationen identifiziert werden. Studien, welche exakt die Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten untersuchten, wurden nicht identifiziert. Limitierend war diesbezüglich insbesondere der Gegenstand der Freiberuflichkeit. Im Rechercheprozess sind folglich auch Publikationen als relevant eingestuft worden, die nicht die genaue exakte Fragestellung thematisieren. Der größte Anteil der identifizierten Studien bezog sich auf Risikofaktoren, die das Kind, die Mutter beziehungsweise den Geburtsprozess selbst betreffen. Studien, die individuelle Faktoren der Hebamme oder Fehler im System untersuchen, finden sich derzeit kaum. Es existiert eine Vielzahl an Studien, deren Fokus auf dem Vergleich von Mortalitäts- beziehungsweise Morbiditätsraten von Hausgeburten und Krankenhausgeburten liegt. Auch liegen Studien vor, welche die durch Hebammen begleiteten Geburten mit denen durch Ärztinnen oder Ärzten begleiteten Geburten vergleichen. Der Fokus dieser Studien liegt jedoch in der Regel nicht auf den Ursachen der Geburtsschäden, sondern vergleicht lediglich Mortalität und Morbidität. Trotz der geringen Anzahl an bedeutenden Publikationen, konnten im Rahmen der Literaturrecherche Risikofaktoren identifiziert werden, die sich mit den Ergebnissen der Experteninterviews decken und diese folglich wissenschaftlich untermauern. Im Folgenden werden die bedeutendsten Ergebnisse der Literaturrecherche, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, kurz dargestellt.

Mütterliche und kindliche Faktoren

Risikofaktoren der Mutter, der Schwangerschaft oder des Kindes sind relativ gut untersucht und belegt. Da sich diese auch gut quantitativ erheben lassen, ließen sich einige Studien finden, die risikobehaftete Umstände untersuchen.

Ein Risikofaktor, der im Rahmen der Literaturrecherche identifiziert wurde, ist die Geburt eines ersten Kindes (Nulliparität). So kamen verschiedene Studien zum Ergebnis, dass Geburten bei Frauen, die zuvor noch kein Kind geboren hatten, eher mit Geburtskomplikationen und Geburtsschäden einhergehen, als Geburten, bei denen die Mutter bereits zuvor ein Kind gebar (Amelink-Verburg u. a., 2008; Cheney u. a., 2014; Grünebaum u. a., 2016; Hutton u. a., 2015). Zudem konnte im Zuge der Recherche die vaginale Geburt als Risikofaktor identifiziert werden, wenn bei der Mutter zuvor ein

Kaiserschnitt durchgeführt wurde (Bovbjerg, Cheyney, Brown, Cox, & Leeman, 2017; Guise u. a., 2010; NHS Litigation Authority, 2012). Weitere identifizierte Risikofaktoren, die die Mutter betreffen sind, prägravidem Übergewicht (Bovbjerg et al. 2017), Infektionen (Grünebaum u. a., 2016), Alter der Mutter über 35 (altersassoziierte Risikofaktoren) oder aber eine Schwangerschaftshypertonie (NHS Litigation Authority, 2009). Ein bedeutender Risikofaktor für einen Geburtsschaden, der das Kind beziehungsweise den Geburtsprozess selbst betrifft, stellt laut verschiedenen Publikationen eine Lageanomalie des Kindes, wie etwa eine Steißlage, dar (Bovbjerg u. a., 2017; Grünebaum, McCullough, Sapa, Arabin, & Chervenak, 2017). Bedeutend scheint zudem das Gestationsalter zu sein. So kamen sowohl Grünebaum et al. (2017), Yego (2014) als auch die NHS Litigation Authority (2009) zu dem Ergebnis, dass ein Gestationsalter von > 41/42 Wochen die fetale bzw. neonatale Mortalitätsrate erhöht. Aktuelle Daten aus Deutschland bestätigen ein erhöhtes Risiko allerdings erst ab 42+0 vollendete Schwangerschaftswochen (Schwarz u. a., 2015, 2016). Laut Yego und Kollegen (2014) stellt jedoch nicht nur ein hohes Gestationsalter einen Risikofaktor dar, sondern auch ein niedriges Gestationsalter von < 37 Wochen sowie eine intrauterine Wachstumsretardierung (IUGR) (Azzopardi u. a., 2012). Relevant scheinen zudem verschiedene Geburts- bzw. Schwangerschaftskomplikationen zu sein. So zeigen verschiedene Studien, dass Komplikationen, wie etwa eine Dystokie oder eine vorgeburtliche Blutung einen Risikofaktor für Geburtsschäden darstellen (Adams, 1977; Yego u. a., 2014).

Systemische und individuelle Faktoren

Neben den Risikofaktoren, welche die Mutter, das Kind beziehungsweise den Geburtsprozess betreffen, wurden im Rahmen der Literaturrecherche auch Risikofaktoren identifiziert, die sich direkt auf das System oder die Hebamme beziehen. Als systemische und individuelle Einflussfaktoren sind im Folgenden Elemente definiert, die potentiell Einfluss auf Handlungen Einzelner und/oder Abläufe im Team haben:

- Patientinnenfaktoren (wie z.B. Komplexität und Schweregrad des Zustands)
- Individuelle Faktoren (Qualifikation, Kompetenz, physischer und psychischer Zustand)
- Aufgaben -und Prozessgestaltung (Verfahrensweisungen, Entscheidungshilfen)
- Teamfaktoren (Teamstruktur, Kommunikation)

- Arbeitsumgebung (Qualifikationsmix, Arbeitsbelastung/Schichtpläne, technische Ausstattung, physische Umgebung wie Licht, Geräusche, Entfernung zum nächsten Krankenhaus bei Verlegung)
- Sicherheitsbarrieren und Abwehrmechanismen (z.B. Zählkontrollen, Checklisten, Teamtraining)
- Organisations-, Managementfaktoren und institutioneller/politischer Rahmen (Sicherheitskultur, finanzielle Ressourcen, Einbettung des ambulanten geburtshilflichen Angebots in das gesundheitspolitische Setting)

Bedeutend scheinen hier insbesondere eine unzureichende Aus-/Fort-/Weiterbildung sowie ein Mangel an Schulungen zu sein. So zeigen verschiedene Publikationen, dass eine unzureichende Qualifikation, etwa aufgrund eines Mangels an Schulungen, einen Risikofaktor für einen Geburtsschaden darstellen kann (Ashcroft, 2003; Ashcroft, Elstein, Boreham, & Holm, 2003; Carlo u. a., 2010; Schramm, Barnes, & Bakewell, 1987). Dabei wird jedoch festgestellt, dass eine unzureichende Qualifikation nicht allein der Hebamme zugeschrieben werden sollte, sondern dass auch das System selbst einen entscheidenden Beitrag hierzu leisten kann. So kam das Team um Ashcroft beispielsweise in einer Beobachtungsstudie zum Ergebnis, dass Schulungen und Weiterbildungen, die lediglich während der Arbeitszeit angeboten wurden aufgrund von hoher Arbeitsbelastung und personellen Engpässen nicht wahrgenommen werden konnten (Ashcroft u. a., 2003). In einer prospektiven Studie konnten sie einen direkten Zusammenhang zwischen personellen Engpässen und hohen Arbeitsbelastungen mit unerwünschten Ereignissen während der Geburt nachweisen (Ashcroft u. a., 2003). Bedeutend scheinen zudem Defizite hinsichtlich des Monitorings sowie Fehlinterpretationen, wie etwa des CTGs zu sein (Lewis, Downe, Ayres-de-Campos, Spong, & Chandraran, 2015; NHS Litigation Authority, 2012). So zeigen verschiedene Studien, dass eine Vernachlässigung des Monitorings sowie Fehlinterpretationen mit dem Auftreten von Geburtsschäden einhergehen (Berglund, Grunewald, Pettersson, & Cnattingius, 2008; Johansen & Oian, 2011; NHS Litigation Authority, 2009). Fehleranfällig sind insbesondere die Schnittstellen zwischen den Sektoren und die Kommunikationsstrukturen zwischen den einzelnen beteiligten Berufsgruppen (Wachter, 2010).

Institutionelle Faktoren

Weiterhin konnten Kommunikations- und Kooperationsfehler als Risikofaktoren für einen Geburtsschaden identifiziert werden. Bedeutend scheinen hier starre hierarchische Strukturen, das fehlende Hinzuziehen eines qualifizierten Gynäkologen oder einer qualifizierten Gynäkologin in Notfallsituationen oder aber Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Arzt oder der Ärztin und der Hebamme zu sein. Systembetreffend scheinen sowohl ein Mangel an unterstützenden Maßnahmen zur Entscheidungsfindung, als auch fehlende Richtlinien für das Hinzuziehen des Arztes oder der Ärztin in Notfallsituationen bedeutend zu sein (Ashcroft, 2003; Johansen & Oian, 2011). Insgesamt zeigt sich, dass systemische und individuelle Faktoren am besten durch die Anwendung von qualitativen Analysen ermittelt werden können. Auch wenn nur eine geringe Anzahl an qualitativen Studien identifiziert wurde, scheinen diese im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellung besonders relevant zu sein. Besonders bemerkenswert erscheint vor allem die von Ashcroft im Jahr 2003 durchgeführte Root-Cause-Analyse. In dieser Analyse konnten 37 Fälle aus 7 englischen Maternity-Units aus den Jahren 1999 und 2000 untersucht werden. Die in die Analyse einbezogenen Fälle wiesen alle eine schwere Geburts-Asphyxie auf. Wenn möglich, wurden Fälle mit einer HIE-Diagnose und schlechten Prognose berücksichtigt. Insgesamt interviewte Ashcroft 93 Mitarbeiter mittels der Kognitiven-Interview-Technik, von denen 81 Hebammen waren. Zusätzlich wurden CTG-Aufnahmen und ergänzende klinische Informationen in die Untersuchung miteinbezogen (Ashcroft, 2003). Diese qualitative Betrachtung ermöglichte die Untersuchung von Faktoren, die sonst nicht bzw. nur schwer zu erheben sind und liefert somit einen wichtigen Einblick in systemische und individuelle Kontextfaktoren. Ashcroft konnte im Rahmen der Root-Cause-Analyse neben den schon zuvor dargestellten Risikofaktoren die folgenden bedeutenden Risikofaktoren für einen Geburtsschaden identifizieren: unzureichendes Equipment, poor skill-mix (niedriges Qualifikationsniveau) bei den Hebammen, unzureichende Dokumentation, Probleme hinsichtlich des Mitarbeiterwechsels (Übergabedefizite), unzureichende Supervision von unerfahrenem Personal, Mangel an Richtlinien und Protokollen, Übernahme von Aufgaben im nicht klinischen Bereich, Geburt während der Nachtschicht (Ashcroft, 2003; NHS Litigation Authority, 2009).

Ein aktuellerer Untersuchungsbericht, der die Umstände tragischer Ereignisse mit Todesfolge einer Entbindungsstation des Universitätskrankenhauses Furness General Hospital (FGH, Barrow-In-Furness, Cumbria, Vereinigtes Königreich) von Morecambe Bay NHS foundation Trust durchleuchtete, liefert tiefe Einblicke und wichtige Erkenntnisse bezüglich dysfunktionaler Verhaltensweisen und Strukturen

sowie Versagen über viele Hierarchieebenen hinweg (Kirkup, 2015). Nachdem ein Untersuchungsgremium als Reaktion auf mehrere auffällige Todesfälle 15.280 Dokumente aus mehr als acht Jahren analysierte und viele Interviews führte, kam es zu dem Schluss, dass in 20 Fällen individuelles und systemisches Versagen maßgeblich zu den Ereignissen beigetragen haben. Als dysfunktionale Faktoren der Entbindungsstation führt der Bericht neben mangelnden klinischen Kompetenzen sowie Defiziten im Wissen und in Fähigkeiten, insbesondere schlechte Arbeitsbeziehungen zwischen den Berufsgruppen und Teams sowie unangemessene Reaktionen auf Fehler auf. Kirkup sieht in einer mangelhaften Risikoeinschätzung und einem unzureichenden Versorgungsplan Hinweise darauf, dass in der Einrichtung Geburten um „jeden Preis“ natürlich verlaufen sollten. Dies unter Verkennung von Risiken und mit der Folge vieler riskanter Geburten (Kirkup, 2015).

Das Gremium sieht jedoch neben der Entbindungsstation auch die höheren Managementebenen des Krankenhauses, die Stiftung und das regulatorische System in der Verantwortung für den Verlauf der Ereignisse. Diese hätten früh von den Vorfällen gewusst und nicht entsprechend reagiert, lückenhaft ermittelt und nicht zielführend kommuniziert. Über viele Jahre ist daher versäumt worden, die Missstände zu identifizieren und entsprechend mit ihnen umzugehen. Laut Kirkup (2015) hätten mindestens 11 Kinder durch früheres Handeln gerettet werden können. Der Morecombe Report endet mit vielen Empfehlungen für das Krankenhaus und das erweiterte NHS. Im März 2015 veröffentlichte das Krankenhaus einen Bericht, in dem es aufzeigt, wie die Empfehlungen in die Praxis umgesetzt werden sollen (UHMBFT, 2016). Schwerpunkte liegen hier u.a. auf dem Training und der Entwicklung der Mitarbeiter, dem Fördern interdisziplinärer Teamarbeit, dem Reflektieren, Entwickeln und Einhalten von Standards und Fehleranalysen, sowie einer klaren Rollenverteilung in den Führungsebenen. Auch wenn sich die Geschehnisse auf das englische Gesundheitssystem beziehen, liefert die Analyse und die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen wichtige Anhaltspunkte für systemische und individuelle Risikofaktoren (UHMBFT, 2016).

Krankenhausgeburten vs. Hausgeburten

Da häufig darüber diskutiert wird, ob der Geburtsort selbst ein Risikofaktor für einen Geburtsschaden darstellt, wurden im Zuge der Recherche auch Studien als relevant eingestuft, in denen Krankenhausgeburten mit Hausgeburten verglichen wurden. Die Recherche zeigte, dass bereits eine Vielzahl an Studien existiert, die die Outcomes von Krankenhausgeburten mit denen von Hausgeburten

vergleichen. Der Fokus dieser Studien liegt meist auf dem Vergleich der Mortalitätsraten beider Settings. Die Ergebnisse der Studien sind jedoch nicht einheitlich. So kamen Grünebaum et al. (2014, 2016) und Malloy (2010) beispielsweise zum Ergebnis, dass Hausgeburten mit höheren neonatalen Mortalitätsraten als Krankenhausgeburten einhergehen. Auch van der Kooy et al. (2011) kamen zum Ergebnis, dass die Mortalitätsrate bei geplanten Hausgeburten höher lag, als bei geplanten Krankenhausgeburten. Jedoch war dieses Ergebnis nicht signifikant. Das Forschungsteam kam im Zuge des Forschungsvorhabens zu dem Schluss, dass Hausgeburten unter routinemäßigen Bedingungen in der Regel mit keiner Steigerung der intrapartalen und frühen neonatalen Mortalität assoziiert sind. Der größte Anteil an identifizierten Studien, der sich auf den Vergleich der Outcomes von Krankenhausgeburten und Hausgeburten fokussierte, kam zum Ergebnis, dass keine Unterschiede hinsichtlich der Mortalitätsraten von Krankenhausgeburten und Hausgeburten existieren und dass Hausgeburten nicht mit einer höheren Mortalitätsrate einhergehen (Hutton u. a., 2015; Hutton, Reitsma, & Kaufman, 2009; Janssen u. a., 2009; Johnson & Daviss, 2005). Auch kamen Olsen & Clausen (2014) in einem Review zum Ergebnis, dass derzeit keine starke Evidenz existiert, mittels derer bei risikoarmen Geburten eine Krankenhausgeburt beziehungsweise eine Hausgeburt favorisiert werden sollte. Einige Studien kamen darüber hinaus zum Ergebnis, dass Hausgeburten mit besseren Outcomes hinsichtlich der Rate an durchgeführten medizinischen Interventionen assoziiert waren. So wiesen Krankenhausgeburten höhere Interventionsraten auf (Hutton u. a., 2015; Janssen u. a., 2009; Johnson & Daviss, 2005). Eine Analyse von Symon et al. (2010) verdeutlicht, dass beim Vergleich der Outcomes von Krankenhausgeburten und Hausgeburten insbesondere der Risikostatus der Geburt berücksichtigt werden sollte. Symon et al. kamen im Jahr 2009 in einer Kohortenstudie zum Ergebnis, dass Hausgeburten, die durch freiberuflich tätige Hebammen begleitet wurden, im Gegensatz zu Krankenhausgeburten eine nahezu dreimal so hohe perinatale Mortalitätsrate aufwiesen (Symon, Winter, Inkster, & Donnan, 2009). Das Forschungsteam um Symon analysierte in einer weiteren Studie im Jahr 2010 die betrachteten Fälle erneut und kam zum Ergebnis, dass von den Todesfällen, die im Rahmen einer Hausgeburt eintraten möglicherweise mehr als die Hälfte durch die Anwendung eines Kaiserschnitts hätten verhindert werden können. Bedeutend ist somit, dass nicht die Hebammen für die Todesfälle verantwortlich zu sein scheinen, sondern die Tatsache, dass die Mütter sich trotz eines hohen Geburtsrisikos (beispielsweise Steißlage des Kindes, vorheriger Kaiserschnitt) für eine Hausgeburt entschieden (Symon, Winter, Donnan, & Kirkham, 2010). Gründe dafür waren meist Unzufriedenheit der Frauen mit dem wenig individualisierten System der klinischen Geburtshilfe

und/oder schlechte Erfahrungen mit der Geburtsbetreuung bei vorausgegangen Geburten (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Schwarz, 2011). Eine aktuelle Arbeit aus Deutschland präsentiert die Outcomedaten von außerklinischen Geburten in Niedersachsen. Auch hier liegen Morbidität und Mortalität nicht höher als im vergleichbaren Kollektiv der klinischen Geburtshilfe (Petersen, Köhler, Schwarz, Vaske, & Gross, 2017).

Deutlich zeigt sich diese Erkenntnis in einer holländischen Studie aus dem Jahr 2014. De Jonge et al. (2015) präsentieren eine vergleichbare perinatale Mortalität und Morbidität unabhängig vom geburtshilflichen Setting im Low-Risk-Kollektiv. Hierzu ist festzustellen, dass Unterschiede bei seltenen Risiken in einem ausgewählten Niedrigrisikokollektiv statistisch schwer fassbar sind. Um ein statistisches Signifikanzniveau zu erreichen, bräuchte es in Deutschland über eine Million Beobachtungen und entzieht sich daher der Umsetzbarkeit.

5.2 GDV-Schadensliste

Die Auswertungen zu Schadensursachen und Verschuldungsgrad in der Berufshaftpflichtversicherung freiberuflicher Hebammen des GDV (kurz Schadensliste) enthält folgende Felder:

- eine kurze Beschreibung der Schadensursache
- das Schadensjahr
- das Meldejahr (2004-2014)
- das Schließungsjahr (nur bei 2 Fällen, alle anderen befinden sich zum Zeitpunkt der Erstellung der Liste noch in der Regulierung)
- den Schadensaufwand
- die enthaltenen Regresse der Sozialversicherungsträger (SVT) z.T. mit 25% geschätzt
- die enthaltenen Regresse der gesetzlichen Kranken- oder Pflegekassen, z.T. mit 25% geschätzt
- eine Einschätzung des Verschuldens in grober oder einfacher Fahrlässigkeit durch den zuständigen Sachbearbeiter anhand der Fallakte

Die Beschreibung ist darüber hinaus, um eine mögliche Reidentifizierung von Beteiligten aus dem Sachverhalt heraus zu vermeiden, leicht verfremdet. Diese Auswertung des GDV diene ursprünglich nicht dem Ziel, Grundlage einer Analyse zu Ursachen von Geburtsschäden zu werden und die darin enthaltenen Daten sind nicht repräsentativ und belastbar genug, um als Ableitung für Ursachen und Lösungsansätze zu dienen. Zu beachten ist beispielsweise, dass nur Fälle mit einer Schadenssumme von mehr als 100.000 EUR in die Liste aufgenommen wurden.

Und dennoch zeigt die deskriptive Auswertung der Liste einige Ergebnisse auf, die sich mit anderen hier im Gutachten dargestellten Erkenntnissen vergleichen lassen.

Die vorhandenen Informationen wurden zunächst in Kategorien zusammengefasst, die dann hinsichtlich geeigneter Parameter betrachtet wurden.

Bei einer Gesamtbetrachtung des Schadensortes über den gesamten Zeitraum in Hinblick auf die Fallzahl, die Gesamtschadenssumme und die durchschnittliche Schadenssumme pro Fall fällt zunächst auf, dass bei einem Großteil der Schäden das Krankenhaus als Schadensort verzeichnet ist (vgl. **Tabelle 1**). Dies ist nicht verwunderlich, denn ca. 98% der geborenen Kinder werden im Krankenhaus geboren (QUAG, 2016).

Tabelle 1: Schadensfälle, Gesamt- und durchschnittliche Schadenssumme nach Schadensort

Gesamtbetrachtung über alle Jahre			
	Gesamtschadenssumme	Fallzahl	Durchschnittliche Schadenssumme pro Fall
Krankenhaus	49.452.339 EUR	61	810.694 EUR
Geburtshaus/HGE	19.682.629 EUR	12	1.640.219 EUR
Hausgeburt	17.644.648 EUR	12	1.470.387 EUR
Sonstiges	12.951.898 EUR	10	1.295.190 EUR
Gesamt	99.731.514 EUR	95	1.049.805 EUR

Auffällig ist die hohe durchschnittliche Schadenssumme im Geburtshaus und bei den Hausgeburten. Während die durchschnittliche Schadenssumme im Krankenhaus bei zirka 810.000 EUR liegt, beträgt der durchschnittliche Schadensaufwand bei Hausgeburten über 1.470.000 EUR und im Geburtshaus sogar 1.640.219 EUR. Eine Kausalität ist hier aufgrund der geringen Fallzahlen und der unzureichenden Informationstiefe sowie -qualität nicht herstellbar. Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle, dass es im Krankenhaus häufig zu einer Teilung der Haftung zwischen Mitarbeitern und/oder Haus kommt, so dass die Summenangaben und Schadenhöhen nicht für einen Vergleich, oder eine Interpretation der Schwere der Fälle geeignet sind.

In der Betrachtung der zeitlichen Entwicklung der Schadenszahlen fällt auf, dass ein Anstieg ab dem Schadensjahr 2010 zu verzeichnen ist (vgl. Abb. 5). Für das Jahr 2010 wurden 16 Fälle in die Liste aufgenommen, von denen nur einer im selben Jahr gemeldet wurde. Ab dem darauffolgenden Jahr sinken die Schäden kontinuierlich bis auf sieben im Jahr 2013.

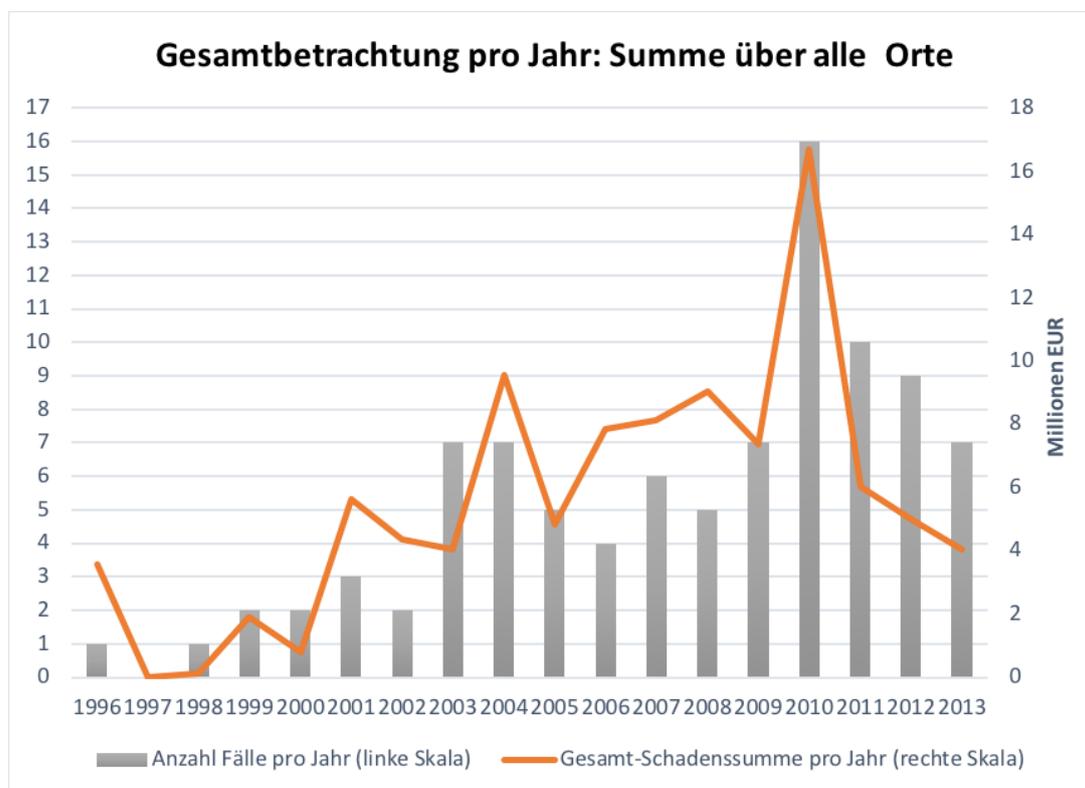


Abb. 5: Anzahl und Schadenssumme der Fälle im zeitlichen Verlauf nach Schadensjahr

Gemeldet wurden im Jahr 2010 lediglich 10 Fälle und nur einer davon verzeichnet auch 2010 als Schadensjahr. Zwei der in diesem Jahr gemeldeten Fälle stammen aus dem Jahr 2000. In den folgenden Jahren nimmt die Latenz zwischen Schadensjahr und Meldejahr weiter ab. Der älteste gemeldete Fall in 2014 ist aus dem Jahr 2009. Das Meldejahr 2009 weist hingegen einen Fall aus 1984 und einen aus 1996 auf.

Im Schnitt vergehen 3,4 Jahre, bis ein Schaden gemeldet wird¹. So sind vier Jahre nach Schadensjahr ca. 70% der Fälle gemeldet und bearbeitet worden. Informationen dieser Liste unterliegen somit einem Verzögerungseffekt, der bei der Analyse und Interpretation der Ergebnisse beachtet werden sollte. Ein annähernd vollständiges Bild der Liste aus 2014 ergibt sich somit nur für Fälle mit einem Schadensjahr bis 2010.

Dennoch ist unklar, worin der starke Anstieg der Schäden im Jahr 2010 begründet liegt. Eine genauere Analyse dieser Fälle wäre notwendig, um die Ursachen für diesen abrupten Anstieg zu identifizieren.

¹ Eigene Analyse der um Extremwerte bereinigten Fälle mit einem eingetragenen Schadensjahr bis 2009.

Ab dem Jahr 2010, das mit der Anzahl Fälle die Spitzenposition der Liste führt, sinkt die Anzahl der Fälle auf 9 im Jahr 2011 und 6 im Jahr 2012. Da der letzte Eintrag der Liste von 2014 ist, kann nicht ausgeschlossen werden, dass 2015 bis 2018 noch Fälle aus früheren Schadensjahren nachgemeldet wurden.

Sicher ist, dass die Zunahme der Meldungen seit 2010 nicht hinreichend mit einer tatsächlichen Zunahme von Geburtsschäden begründet werden kann und seither eine veränderte Meldekultur der Sozialversicherungsträger zumindest bei den interviewten Haftpflichtversicherern bemerkt wird.

Bei der Analyse der kategorisierten Ursachen anhand der Beschreibung der Schadensursache ergeben sich deutlich unterschiedliche Schadensprofile in Abhängigkeit vom Schadensort.

Im Krankenhaus (vgl. **Abb. 6**) stehen eine verspätete Reaktion und Fehler bei CTG (Interpretationsfehler) im Vordergrund.

Bei der Auswertung des Schadenprofils ist weiterhin zu beachten, dass sich gerade im Falle einer Hypoxie (HIE = Hypoxic-ischaemic encephalopathy) verursacht durch einen intrapartalen Sauerstoffmangel/Azidose definitionsgemäß um eine kurzfristige neurologische Dysfunktion handelt, die innerhalb der ersten 48 Lebensstunden anhand klarer Kriterien (vgl. Kapitel 3.3, Seite 18) diagnostiziert wird. Die Zerebralparese (CP = cerebral palsy) ist zwar die häufigste langfristige neurologische Komplikation, dennoch ist sie in 80% der Fälle nicht auf eine intrapartale Hypoxie zurückzuführen (Rei u. a., 2016).

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten Gutachten

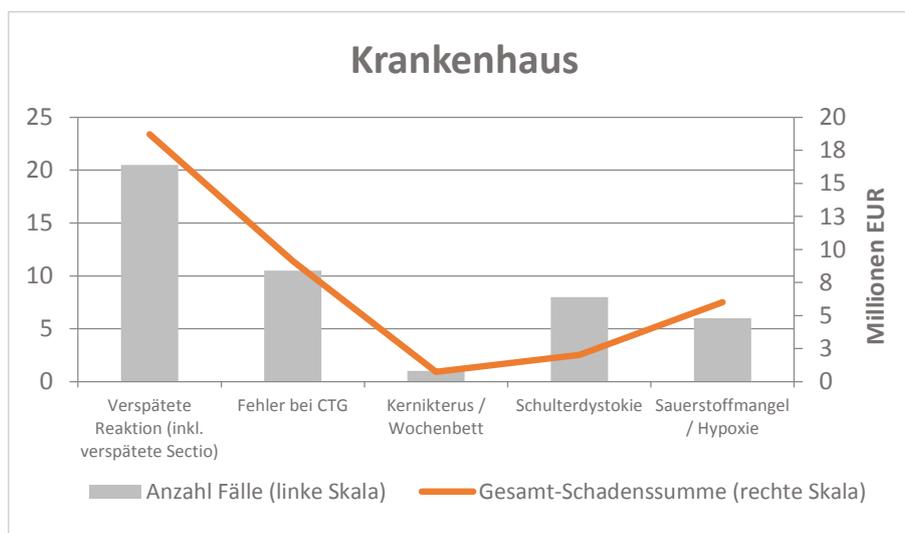


Abb. 6: GDV-Liste: Schadenkategorien Krankenhaus

Die Kategorisierung im Geburtshaus/HGE ist nicht nur wegen der viel geringeren Fallzahl auffällig, sondern auch weil die Schadenssummen z.B. in der Kategorie Fehler CTG deutlich höher ausfallen, als im Krankenhaus. Diese Beobachtung kann an dieser Stelle keine Aussagekraft entfalten. Interessant ist jedoch, dass auch bei der Hausgeburt zumindest in zwei Fällen der GDV-Liste, bei denen CTG Fehler eine Rolle spielte, die Schadenssummen erheblich niedriger sind. Über mögliche Gründe und Ursachen lässt sich ohne tiefere Kenntnis der Fälle und der Umstände keine Aussage machen. Weitere Forschung könnte hier möglicherweise wichtige Anhaltspunkte für die unterschiedliche Bewertung finden.

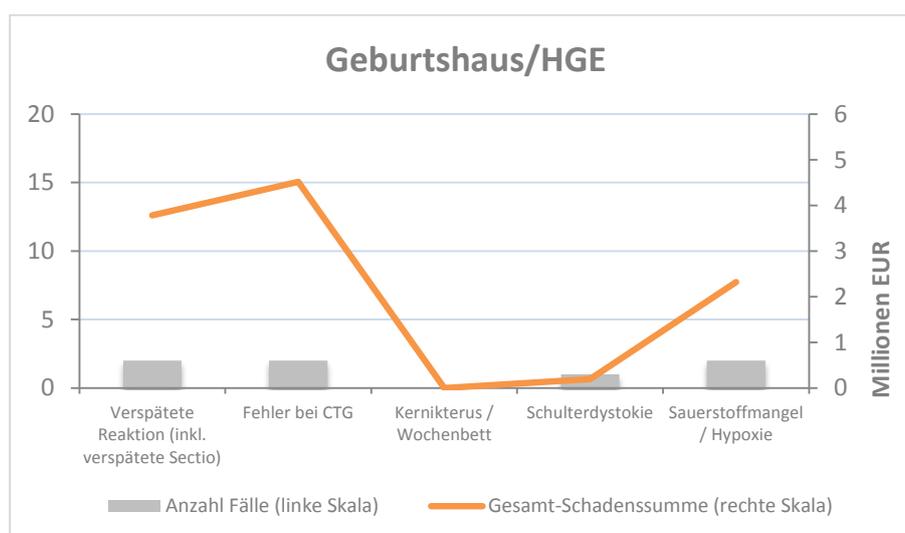


Abb. 7: GDV-Liste: Schadenkategorien im Geburtshaus / HGE

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten Gutachten

Bei Hausgeburt als Schadenort und Sonstige (hierunter ist in erster Linie die Wochenbettbetreuung zu verstehen, aber auch eine Schwangerschaftsbetreuung) rücken Schadenskategorien wie der Kernikterus in den Fokus. Hier sind die häufigsten Vorwürfe das Nicht-Erkennen resp. Nicht-Reagieren, die zur Haftung führen.

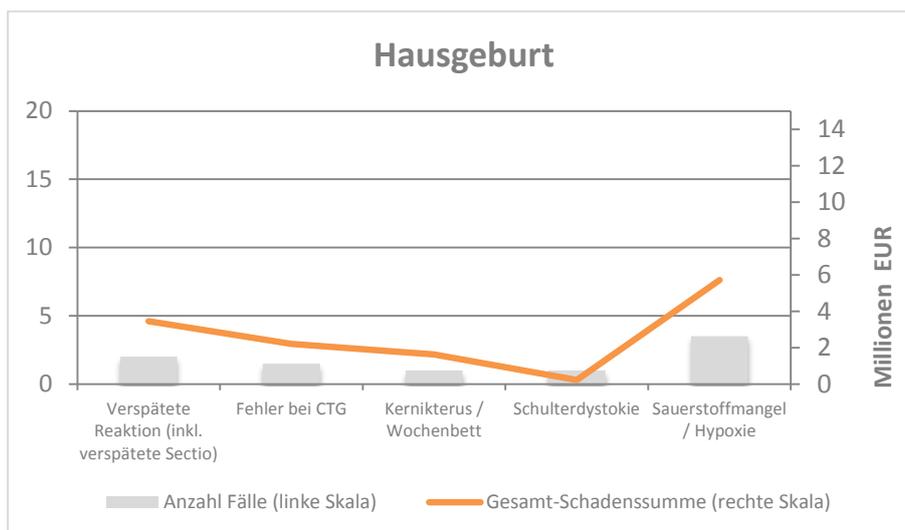


Abb. 8: GDV-Liste: Schadenkategorien bei der Hausgeburt

Auch bei vorsichtiger Interpretation der Schadensursachen (hier gibt es je nach Sachbearbeiter sicher einen unterschiedlichen Detaillierungsgrad) sind die häufigsten Schadensursachen in der Klinik „verspätete Reaktion“ respektive „verspätete Sectio“ und in der außerklinischen Geburtshilfe „Sauerstoffmangel/Hypoxie des Kindes“ und „Fehlinterpretation bzw. andere Fehler im Bereich CTG“.

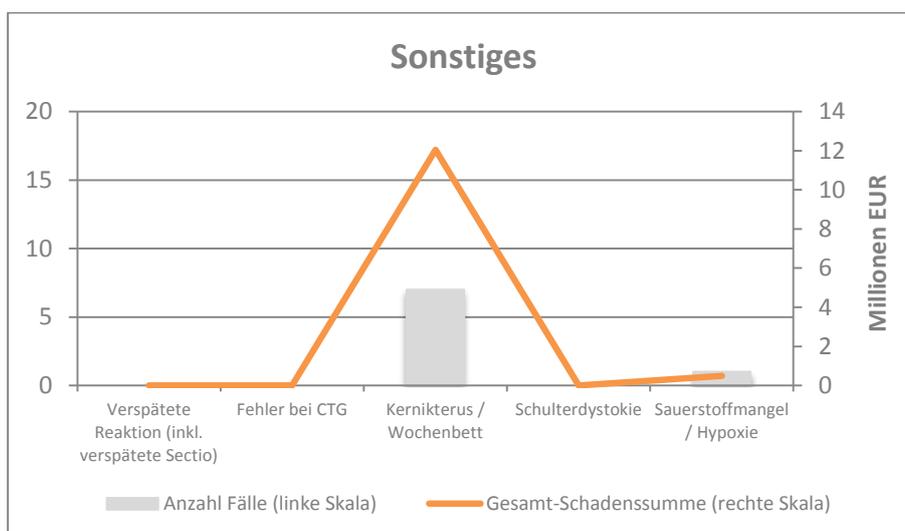


Abb. 9: GDV-Liste: Schadenkategorien im Sonstige (Wochenbett)

Im Rechtsgutachten wird im Kapitel 6.5 eine Rechtssprechungsanalyse ab dem Jahr 2000 dargestellt. In der Schlussfolgerung unter 6.16, Seite 119 heisst es: „Bei der Haftung aus einem Behandlungsfehler ist die Verkennung von pathologischen CTG und das damit einhergehende Unterlassen der Hinzuziehung eines Arztes oder einer Ärztin in der publizierten Rechtsprechung die wichtigste Risikokonstellation. Auch im Übrigen ist ein Großteil der Haftungsfälle in dem Vorwurf begründet, dass auf pathologische Zustände nicht adäquat reagiert wurde und das Herbeirufen ärztlicher Hilfe versäumt wurde.“

In den vertiefenden Interviews mit den Versicherungsunternehmen ergaben sich weitere Mängel bezüglich der Datenqualität der Schadensliste. In die Liste waren auch Fälle aufgenommen worden, in denen ausschließlich Ärzte und Ärztinnen in Haftung genommen wurden. Grundsätzlich sind Falldoppelungen möglich, da die unterschiedlichen Beteiligten (z.B. Belegärzte und Belegärztinnen, Hebammen, Krankenhaus) durchaus bei verschiedenen Versicherern versichert sein können.

Die Liste enthält auch Fälle, die keinen Geburtsschaden nach der Definition des Gutachtenteams (Kapitel 3.3, Seite 18) behandeln oder es stellte sich in den Interviews heraus, dass es erhebliche Abweichungen in Bezug auf den in der Liste geführten Schadensaufwand (150.000 EUR) und der tatsächlichen Schadenssumme (25.000 EUR, 12% Haftung der Hebamme) gibt.

Die in der Liste zusammengestellten Informationen eignen sich nur bedingt für die Ursachenforschung. Dies zeigt sich auch unter Kapitel 5.3 ab Seite 49: Interviews mit den Versicherern.

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten

Gutachten

Tabelle 2: Schadensursache und -summe nach Schadenort

Schaden- art	Berechnung	Krankenhaus	Geburtshaus/ HGE	Hausgeburt	Sonstiges	Gesamt
Verspätete Reaktion						
N		20,5	2	2	0	24,5
%		44,57	28,57	22,22	0,00	25,79
Schadenssumme		18.500.000,00 €	3.783.168,00 €	3.100.000,00 €	- €	25.383.168,00 €
∅ Schadenssumme		902.439,02 €	1.891.584,00 €	1.550.000,00 €		1.036.047,67 €
Fehler bei CTG (Interpretation)						
N		10,5	2	1,5	0	14
%		22,83	28,57	16,67		14,74
Schadenssumme		9.125.149,00 €	4.513.250,00 €	2.213.568,00 €		15.851.967,00 €
∅ Schadenssumme		869.061,81 €	2.256.625,00 €	1.475.712,00 €		1.132.283,36 €
Kernikerus						
N		1	0	1	7	9
%		2,17	0,00	11,11	87,50	9,47
Schadenssumme		750.000,00 €	- €	1.636.000,00 €	12.051.206,00 €	14.437.206,00 €
∅ Schadenssumme		750.000,00 €	- €	1.636.000,00 €	1.721.600,86 €	1.604.134,00 €
Schulterdystokie						
N		8	1	1	0	10
%		17,39	14,29	11,11	0,00	10,53
Schadenssumme		2.017.940,00 €	195.000,00 €	220.000,00 €		2.432.940,00 €
∅ Schadenssumme		252.242,50 €	195.000,00 €	220.000,00 €		243.294,00 €
Sauerstoffmangel/Hypoxie						
N		6	2	3,5	1	12,5
%		13,04	28,57	29,17	12,50	13,16
Schadenssumme		5.996.993,00 €	2.322.008,50 €	5.720.965,00 €	500.000,00 €	14.539.966,50 €
∅ Schadenssumme		999.498,83 €	1.161.004,25 €	1.634.561,43 €	500.000,00 €	1.163.197,32 €
Sonstige						
N		15,00	5,00	3,00	2,00	10,00
%		15,79	5,26	3,16	2,11	10,53
Schadenssumme		13.062.257,00 €	8.869.202,50 €	4.754.115,00 €	400.692,00 €	27.086.266,50 €
∅ Schadenssumme		870.817,13 €	1.773.840,50 €	1.584.705,00 €	200.346,00 €	2.708.626,65 €
Gesamt						
N		61,00	12,00	12,00	10,00	80,00
%		100%	100%	100%	100%	
Summe ohne "Sonstige"		36.390.082,00 €	10.813.426,50 €	12.890.533,00 €	12.551.206,00 €	72.645.247,50 €
Summe mit "Sonstige"		49.452.339,00 €	19.682.629,00 €	17.644.648,00 €	12.951.898,00 €	99.731.514,00 €
∅ Schadenssumme		810.694,08 €	1.640.219,08 €	1.470.387,33 €	1.295.189,80 €	1.246.643,93 €

Wichtig zu berücksichtigen bei der Betrachtung der **Tabelle 2:** Schadensursache und -summe nach Schadenort ist, dass es sich bei den aufgeführten Schadenssummen nicht zwangsläufig um die tatsächlich gezahlte Schadenssumme handelt. In einigen Fällen sind es auch Rückstellungen.

Rückstellung

Versicherungen bilden Rückstellungen bei Übernahme der Haftung, um die aus diesem Fall zu leistenden Aufwendungen dem Zeitraum zuordnen zu können, in dem sie entstanden sind, auch wenn weder die Höhe noch die Dauer fest definiert werden können. Dieser Aspekt der Haftpflichtversicherung hat insbesondere im Bereich der sogenannten Personengrossschäden in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen, da durch die bessere Versorgung nicht nur selbige immer höhere Kosten produziert, sondern auch mittelbar, da durch eben jene bessere Versorgung auch die Lebenserwartung der Betroffenen steigt. Im Falle einer Leistungsübernahme bei einem Personengrossschaden ist demnach nicht nur mit akut hohen Pflege- und Versorgungskosten zu rechnen, sondern darüber hinaus auch mit einer fast normalen Lebenserwartung. Entsprechend hoch werden die Rückstellungen gebildet. Die Rückstellung selbst ist dabei wie eine Verbindlichkeit zu betrachten, auch wenn es ggf. nicht zu einer vollständigen Verwendung der Mittel kommt. Die Rückstellungen der Versicherungen für noch nicht abgewickelte Versicherungsposten machen in der Regel den größten Teil der Verbindlichkeiten einer Versicherung aus, auch wenn noch gar keine Mittel geflossen sind. § 249 I HGB schreibt eine allgemeine Pflicht zur Bildung von Rückstellungen für ungewisse Verpflichtungen vor. Konkrete Vorschriften für Versicherungsunternehmen ergeben sich aus § 341g HGB und § 26 RechVersV.

5.3 Interviews mit den Versicherern

Ursprünglich war eine Stichprobe (4.3 Interviews mit Versicherern, Seite 21) von 10 Fällen aus der GDV-Schadensliste für eine Fallprüfung resp. Grundlage für ein Expertengespräch vorgesehen. Aus dieser Stichprobe mussten drei Fälle ausgeschlossen werden. Ein Fall war ein Arzthaftungsfall, beim zweiten handelte es sich um einen Schaden, der nicht die Definition eines Geburtsschadens des vorliegenden Gutachtens erfüllte, beim dritten Fall wurde die Hebamme nur mit 10-12% in Haftung genommen. Alle Fälle waren hervorragend von den Sachbearbeitern und Sachbearbeiterinnen auf Grundlage des Fragenkatalogs vorbereitet und die Gespräche waren außerordentlich offen und konstruktiv. Eine Systemanalyse, wie im Fragenkatalog vorgesehen, konnte aber aufgrund der Datenlage, des Datenumfangs und der Datenqualität in den Fallakten nicht durchgeführt werden. Einer Schadenssituation liegen häufig mehrere Ursachen zugrunde, deren Interaktion und Wechselwirkungen ein komplexes System darstellen. Die Erfassung dieses komplexen Systems ist

notwendig für eine Root-Cause-Analysis aber nicht unbedingt um Haftungsrisiko und Fehlverhalten zu ermitteln.

Werden in einem Versicherungsfall Aufklärungs- oder Dokumentationsmängel identifiziert, wird häufig nicht weiter nach Faktoren wie Berufserfahrung, Vorhandensein und Kenntnis von Standards und Leitlinien oder Teamfaktoren gefragt.

Trotzdem wurden die sieben untersuchten Fälle im Expertenteam mit folgenden Fragestellungen diskutiert:

- Was ist passiert?
- Warum ist es passiert?
- Wie kann eine Wiederholung vermieden werden?

Wie schon bei der deskriptiven Analyse der Schadensliste und in der Rechtsprechungsanalyse zeigt sich auch bei den sieben untersuchten Fällen, dass eine zeitige und angemessene Reaktion auf die Risikosituation in keinem der Fälle gegeben war und die dadurch aufgetretene zeitliche Verzögerung vermutlich entscheidend für den Ausgang war. Dabei kam der Erkennung bzw. Bewertung eines pathologischen CTGs besondere Bedeutung zu.

Folgende fehlerbegünstigende Faktoren konnten in den sieben Fällen identifiziert werden (Mehrfachnennungen sind möglich):

- Keine ausreichende Überwachung nach Gabe von Wehenmitteln (3)
- Fehlende Befunderhebung (CTG, Vitalparameter) (1)
- Mangelhafte Dokumentation von CTG, fetaler Herzfrequenz (3)
- Keine fachgerechte Reanimation des Kindes (3) bzw.
- Reanimationspflicht nicht erkannt (4)
- Nicht Erreichbarkeit des Arztes oder der Ärztin (3)
- Kommunikations- und Informationsdefizite im Team (3)
- Mangelnde Abgrenzung der Verantwortung (2)
- Fehlendes Equipment außerklinisch (2)
- Kein kontinuierliches Assessment bei langem Geburtsverlauf dokumentiert (2)
- Risikoschwangerschaft im außerklinischen Setting (1)
- Metabolische Azidose nicht erkannt (1)
- Hypoglykämie nicht erkannt (1)
- Überlastung (1)

Das Expertenteam diskutierte über alle untersuchten Fälle hinweg, welche Maßnahmen eine Wiederholung des Geschehenen vermeiden könnten:

- (Verpflichtende) Schulungen zu Hochrisikoarzneimitteln und ihren (Neben-)wirkungen
- Regelmäßige Reanimations- und Notfalltrainings
- Schulungen zu Leitlinien und Standards in der Geburtshilfe und zur fachgerechten Diagnostik eines behandlungsbedürftigen Kindes
- Standards bzw. Checklisten zur angemessenen intra- und postpartalen Überwachung
- Schulungen und Dokumentationschecks zur rechtssicheren Dokumentation und Aufklärung.

In den Gesprächen mit den Sachbearbeitern und Sachbearbeiterinnen wurde durchgängig die Bedeutung einer rechtssicheren Dokumentation und Aufklärung hervorgehoben. Wenn die Gutachter und Gutachterinnen bereits hier Auffälligkeiten bzw. Fehler fänden, sei das Haftungsrisiko besonders hoch. Auch thematisiert wurde immer wieder die hohe Abhängigkeit vom Gutachter oder der Gutachterin, aus welcher Versorgungsstufe er oder sie käme und wer den Gutachter oder die Gutachterin beauftragt habe. Die Arbeit der Gutachter und Gutachterinnen ist ein Thema, das immer wieder auf dem Open Space Workshop und auf dem Themenmarktplatz während des Perinatal-Kongresses diskutiert wurde.

Auch wenn sich die Beobachtungen nur auf einzelne Fälle beziehen und die Informationen retrospektiv sind und nicht für eine wissenschaftliche Analyse erhoben wurden, so lassen sich doch wichtige Hinweise aus den Erkenntnissen ableiten, die darüber hinaus im Wesentlichen konsistent mit der einschlägigen Literatur (Clark, Simpson, Knox, & Garite, 2009; Sadler, Farquhar, Masson, & Battin, 2016) sind.

Einer Schadenssituation liegen häufig mehrere Ursachen zugrunde, deren Interaktion und gegenseitige Wechselwirkung ein komplexes System darstellen. Weitere präpartale Umstände, die ein hohes Risiko bergen, wie z.B. falsches Assessment resp. Selektion oder auch High-Risk-Fälle im außerklinischen Bereich (vgl. Ergebnisse der Literaturrecherche), konnten hingegen nur in einem der untersuchten Fällen identifiziert werden. Auf Grundlage der vorhandenen Erkenntnisse lassen sich demnach nur stark vereinfacht Hinweise auf Ursachen ableiten.

Qualität der Datenlage

Die wohl stärkste Limitation besteht darin, dass die Daten und Informationen nicht für die Analyse von Ursachen gesammelt wurden und viele Einflussfaktoren somit nicht mit ihnen erfasst werden (zum Beispiel: Individuelle Faktoren, Aufgaben- und Prozessgestaltung, Teamfaktoren, Arbeitsumgebung, Organisations- und Managementfaktoren). Zweck der Recherche der Versicherer nach der Schadenmeldung besteht darin, Fehlverhalten und Haftungsrisiko der Versicherungsnehmenden zu erfassen. Individuelle und systemische Faktoren werden häufig nur berücksichtigt, wenn diese offensichtlich ausschlaggebend für den Fall sind (bspw. verschlossene Kreissaaltür aufgrund eines am Vortag geänderten Zugangscodes). Zu berücksichtigen ist zudem, dass sich, sobald sich eine Haftung und folglich ein Regulierungsbedarf abzeichnet, weitere Recherchen durch die Versicherer in der Regel eingestellt werden. In diesen Fällen ist es für die Versicherer irrelevant, welche weiteren Ursachen für den Schadensfall maßgeblich sind. Werden beispielsweise Aufklärungs- oder Dokumentationsmängel identifiziert, wird nicht weiter nach relevanten Faktoren und Umständen wie Qualifikation, Berufserfahrung oder auch Vorhandensein von standardisierten Abläufen recherchiert. Haftung kann also nicht automatisch als ein Verschulden interpretiert werden. Zusätzlich sind dem Gutachterteam keine einheitlichen Standards zur Recherche, Untersuchung beziehungsweise Bewertung von Schadensfällen bekannt gemacht worden, die versicherungsübergreifende Gültigkeit besäßen. So besteht wenig Wissen über die Arbeit der Versicherer und eine Vergleichbarkeit kann nicht gewährleistet werden.

5.4 Datenquellen

Die Sichtung der Datenquellen ergab, dass die identifizierten Risikofaktoren in keiner der benannten Datenbasen so erfasst werden, dass eine quantitative Überprüfung der Risikofaktoren möglich ist. Bei dem Behandlungsfehlerregister der APS handelt es sich nicht um eine Datenbank im eigentlichen Sinne, sondern vielmehr um ein Projekt, bei dem sechs Registerhalter ihre Daten nutzen, um eine gemeinsame Fragestellung zu beantworten. Eine Datenbank mit zusammengeführten, einheitlich erfassten Rohdaten gibt es nach intensiver Recherche nicht. Nach Kontaktaufnahme mit den Datenhaltern steuerten diese zum Teil Literatur und Informationen bei, die in das Gutachten eingebettet wurden.

Die in der Qualitätssicherungsdatenbank der QUAG e.V. erfassten Informationen wurden bereitgestellt und dienten als Basis für die Entwicklung der Fragenkataloge für die Experteninterviews mit den

Versicherern. Die individuellen und systemischen Faktoren werden jedoch in der QUAG-Datenbank nicht erfasst.

Eine Analyse möglicher Risikofaktoren oder Einflussfaktoren ist auf der Basis der bestehenden und verfügbaren Datenquellen nicht durchführbar. Eine statistische Auswertung der lückenhaften Datenquellen jenseits eines rein deskriptiven Ansatzes ist nach Ansicht des Gutachtenteams nicht wissenschaftlich belastbar.

5.5 Antworten auf die ursprünglichen Fragen des Gutachtens laut Leistungsbeschreibung

Die ursprünglichen Fragestellungen des Gutachtens bezogen sich ausschließlich auf freiberuflich tätige Hebammen sowie auf die Analyse der in der GDV-Schadensliste aufgeführten Fälle.

Der Ansatz nur eine Berufsgruppe zu betrachten, widerspricht dem im Gutachten zugrundeliegenden und geforderten Ansatz der Systemanalyse. Insbesondere die im folgenden aufgeführten Fragen aus den Arbeitspaketen 1 und 2 und werden daher an dieser Stelle beantwortet.

Zu den im Auftrag formulierten Fragen kann nach umfassender Recherche und Untersuchung wie folgt Stellung bezogen werden:

a) Art des Verschuldens:

— Welcher Anteil an den dokumentierten Geburtsschäden der Vergangenheit ist überwiegend durch individuelles Verschulden zu erklären? Wie ist die Verteilung der Einstufung des Grads der Fahrlässigkeit?

Der grobe Behandlungsfehler ist die notwendige Voraussetzung für die Annahme einer groben Fahrlässigkeit. Der grobe Behandlungsfehler wird durch bestellte Sachverständige festgestellt. Kommt zum groben Behandlungsfehler zusätzlich ein persönlicher Sorgfaltspflichtverstoß hinzu, kann das Gericht auf grobe Fahrlässigkeit befinden.

Aus den Informationen der GDV-Schadensliste und auch bei den in der Stichprobe untersuchten Fällen bzw. anderen Datenquellen ist nicht zweifelsfrei abzuleiten, welcher Anteil der Fälle durch einen einfachen oder groben Behandlungsfehler und einen Fall von einfacher oder grober Fahrlässigkeit zu erklären ist.

— *Wie lässt sich der Grad des Verschuldens einschätzen? Stimmt eine eigene Einschätzung des Grads des Verschuldens mit der vorgelegten Kategorisierung der Versicherungswirtschaft überein?*

Es war aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht möglich, einen Grad des Verschuldens in den durchgeführten Fallanalysen einzuschätzen. Die in der Schadensliste durchgeführte Kategorisierung in eine einfache und grobe Fahrlässigkeit war in ihren Kriterien nicht transparent. Die im vorliegenden Rechtsgutachten getroffene Definition der groben Fahrlässigkeit fordert einen subjektiven Sorgfaltpflichtsverstoß, der jedem unmittelbar einleuchten muss (vgl. a) Grobe Fahrlässigkeit, Seite 113).

Der Beurteilung eines Fehlverhaltens als „grob fahrlässig“ kommt im Haftungskontext eine besondere Rolle zu, da ab dieser Beurteilung oder aufgrund von mangelhafter Dokumentation die Beweislastumkehr greift. Das bedeutet, dass nun die Versicherungsnehmerin oder -nehmer beweisen muss, dass zwischen dem Behandlungsfehler und der Schädigung kein Kausalzusammenhang besteht. Da dies für den Versicherungsnehmer oder die Versicherungsnehmerin schwerwiegende Folgen hat, sollte eine möglichst hohe Bewertungsobjektivität vorliegen. Da es jedoch keine standardisierten Regeln für die Bewertung des Schweregrads gibt, liegt die Vermutung nahe, dass auch die Schlussfolgerung „grob fahrlässigen Verhaltens“ unterschiedlich ausfallen würde. Dies ließe sich jedoch nur über eine Studie zur Urteilerübereinstimmung der Einschätzung des Schweregrads beantworten. Wesentlich für die Bewertung der klinischen Ursachen für Geburtsschäden vor Gericht und damit für die Urteilsfindung über den Schweregrad der Fahrlässigkeit sind die medizinischen Gutachten. Es gibt hier soweit bislang eruiert weder Standards für die Form, den Zeitpunkt der Erstellung, noch die Qualifikation der zumeist ärztlichen Gutachter. Bislang ungeklärt und daher Gegenstand weiterer Forschung könnten daher die Struktur und Auswirkungen der vorhandenen Gutachterkultur in der Geburtshilfe in Deutschland sein. Hierbei wäre dann auch zu beachten, dass nach wie vor viele der gerichtsgängigen Fälle, in denen die Haftung der beteiligten Hebamme verhandelt wird, im Wesentlichen durch ärztliche Gutachter bewertet werden.

— *Welcher Anteil an den dokumentierten Geburtsschäden der Vergangenheit ist zumindest partiell durch organisatorisches Verschulden zu erklären? Welche Fehlergründe dominieren bei organisatorischem Verschulden?*

Der Ansatz für die durchgeführte Systemanalyse war das organisationelle Unfallmodell nach James Reason (Reason, 1993), das davon ausgeht, dass ein Rahmensystem von Einflussfaktoren analysiert werden muss, um Ursachen zu identifizieren.

Außer in Fällen von grober Fahrlässigkeit, muss also immer nach einem System der Einflussfaktoren gefragt werden, das sich aus individuellen und organisatorischen Fehlergründen zusammensetzt. Die in den Fallanalysen gefundenen Fehlergründe sind konsistent mit den Fehlergründen der Rechtssprechungsanalyse: Fehlende Befunderhebung bzw. fehlerhafte Interpretation des CTG, keine fachgerechte Reanimation des Kindes und Kommunikations- und Informationsdefizite im Team.

— *Welche Risikofaktoren für das Auftreten von Geburtsfehlern können auf Grundlage der Datenbasis identifiziert werden (Art der Geburt, personelle Ausstattung, konkretes Verhalten bei bestimmten Komplikationen etc.)*

Diese zentrale Frage des Gutachtens wird an verschiedenen Stellen des Gutachtens untersucht und zusammenfassend in Kapitel 7, Seite 121 beantwortet.

— *Welche Erkenntnisse können darüber gewonnen werden, in wieweit die Auftretenswahrscheinlichkeit von Geburtsschäden durch entsprechende Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Vergangenheit wirksam reduziert werden konnten?*

Alle Geburten im Krankenhaus werden seit 2001 durch einen bundeseinheitlichen Datensatz verpflichtend im Qualitätssicherungsverfahren 16/1 nach §136a (QSKH 16/1 2016, „Geburtshilfe“, 2017) erfasst. Die außerklinische Perinatalerhebung erfolgt seit 1999 durch die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. ((Loytved, 2016)). Bundesweit wird hier von einer Erhebungsquote von 80% der außerklinisch stattfindenden Geburten ausgegangen. Eine gemeinsame Erhebung oder auch gemeinsam festgelegte Qualitätsindikatoren gibt es nicht. Zur Beantwortung der Frage ist ein Forschungssetting erforderlich, dass neben den Risiken für das Auftreten eines Geburtsschadens durchgeführte Sicherheitsmaßnahmen in einem prä-post Vergleich überprüft.

Da das Ziel des Gutachtens ist, Erkenntnisse zur zukünftigen Fehlervermeidung in der Geburtshilfe zu liefern, wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber die Zielgruppe ausgeweitet, auf angestellte Hebammen sowie Ärzte und Ärztinnen in der Geburtshilfe. Außerdem wurden die Fragestellungen

dahingehend erweitert, dass auch Lösungsansätze und erfolgreiche Sicherheitsmaßnahmen untersucht wurden. Die Fragestellungen zu Arbeitspakt 3 werden daher im Kapitel 7, Seite 121 beantwortet.

5.6 Experteninterviews

Mit den Experteninterviews wurden fundierte Einschätzungen zu relevanten Prozessen und Vorgängen in der ambulanten und stationären Geburtshilfe eingeholt, zum einen, um die Umstände sowie die Entstehung von Geburtsschäden besser zu verstehen und zum anderen, um Ergebnisse und Beobachtungen mit erfahrenen Expertinnen und Experten aus verschiedenen beruflichen Bereichen diskutieren zu können. Es wurden zwölf Interviews mit Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen der Geburtshilfe (außerklin. tätige Hebammen, Hebammenwissenschaftlerinnen, ärztl. Geburtshelfer und -helferinnen, Expertinnen und Experten für Risikoprozessanalyse, Medizinrechtler, Versicherungsfachleute) durchgeführt.

Die im Text aufgeführten Zitate entstammen alle den durchgeführten Interviews. Da die Gespräche in einem offenen und vertrauensvollen Setting geführt wurden, wurde auf die persönliche Zuordnung verzichtet.

Mittels der Grounded Theory wurden die zentralen Aussagen der Interviewpartner zu Codes verdichtet. Die einzelnen Codes konnten anschließend zu elf spezifischen Kodegruppen zusammengefasst werden, um Risikofaktoren darstellen zu können.

Gemeinsam mit Expertinnen und Experten des Gutachtenteams wurden die zentralen Aussagen bei einem Auswertungsworkshop unterschiedlichen Themenbereichen und inhaltliche Kategorien zugeordnet. Die Aufteilung in die übergeordneten Kategorien „Risikofaktoren“ und „Lösungsvorschläge“ wurde dabei zu Beginn festgelegt, alle weiteren Kategorien ergaben sich aus dem Kontext und wurden bei Bedarf von den Gruppenmitgliedern diskutiert. Schließlich konnten acht polarisierende Problemfelder, die als Basis für die lösungsorientierte Diskussionen der Open Space Veranstaltung dienten, identifiziert werden. Nach einer ersten gemeinsamen Festlegung wichtiger Dimensionen und Kategorien erfolgte eine detaillierte Auswertung aller Interviews mit Hilfe des qualitativen Auswertungsprogramms Atlas.ti. Dabei wurden die paraphrasierten, verdichteten Kernaussagen der Gespräche zunächst detailliert kategorisiert, dann in mehrstufigen Verfahren thematisch zusammengefasst und anschließend ausgezählt. Die übergeordneten Kodegruppen sowie

die Häufigkeit mit denen der Kodegruppe zugehörige Aussagen gemacht wurden sind in **Abb. 10** dargestellt. Dabei konnten einzelne Zitate bzw. Codes mehreren Kodegruppen zugeordnet werden.

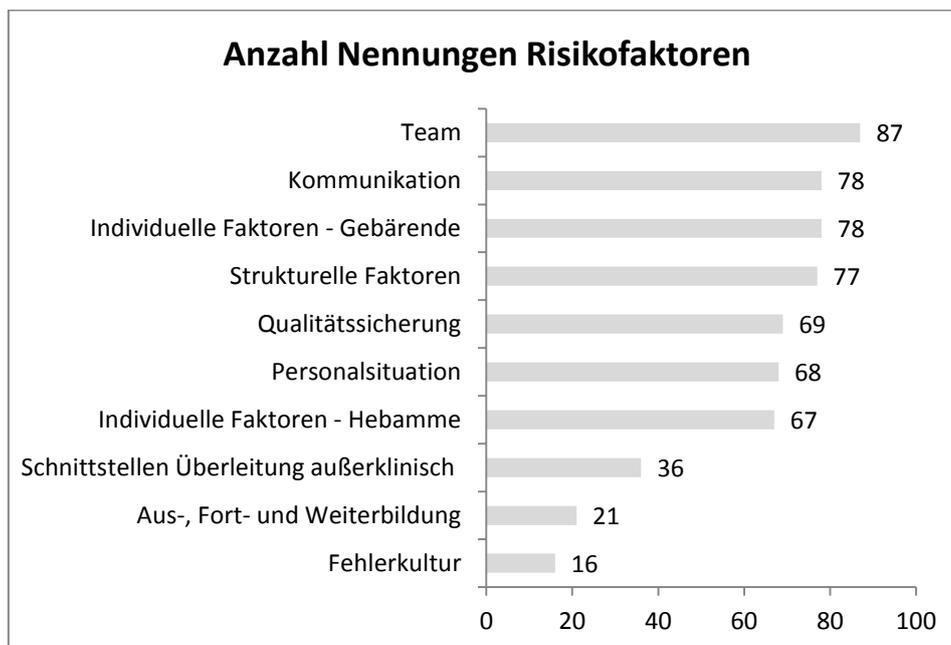


Abb. 10: Nennung der Risikofaktoren in den Experteninterviews

Die meisten der genannten Risikofaktoren ließen sich den Gruppen **Team** oder **Kommunikation** zuordnen. Hier gab es nachvollziehbarer Weise häufig Überschneidungen. So wurden häufig mangelhafte interpersonelle, sowie interdisziplinäre Kommunikation, Defizite bei der Übergabe und der Dokumentation, sowie eine stark ausgeprägte Hierarchie genannt. Es wurde mehrfach betont, dass interdisziplinäre Fallbesprechungen fehlen:

„Interdisziplinäre Fälle müssen anschließend in Fallbesprechungen besprochen werden oder es soll eine interdisziplinäre Auflage geben.“

Zu den Teamfaktoren wurde zudem die defizitäre Zusammenarbeit genannt, die in der unterschiedlichen Augenhöhe der Akteurinnen und Akteure begründet liege (erste und zweite Hebamme, Chefarzt oder -ärztin und Assistenz, Hebamme und Arzt oder Ärztin) und die offene Kommunikation bei Komplikationen beeinflusse.

„...Da hat die Hebamme mehrfach den diensthabenden Arzt darauf hingewiesen, dass Handlungsbedarf und ein Kaiserschnitt notwendig sei. Der blieb aber im Bett...Das

wäre vermeidbar gewesen, wenn die Kollegin nachdrücklicher gewesen wäre, oder den Oberarzt oder einen Anästhesisten hinzugezogen hätte. Die Kolleginnen sind da manchmal zu zögerlich und in Hierarchien Gedanken verhaftet.“

Aber auch Personalmangel, Mangel an erfahrener Personal als Ansprechpartner und eine verspätete Hinzuziehung der Ärztin oder des Arztes wurden in diesem Kontext genannt. In der Kommunikation sind darüber hinaus eine mangelhafte Dokumentation auf struktureller Ebene und genereller Informationsverlust als Risiken aufgezählt worden. Die genannten Faktoren finden sich sowohl im klinischen und außerklinischem Bereich und verlangsamen und erschweren nach übereinstimmender Aussage der Interviewpartner den Versorgungsprozess besonders in Notfallsituationen.

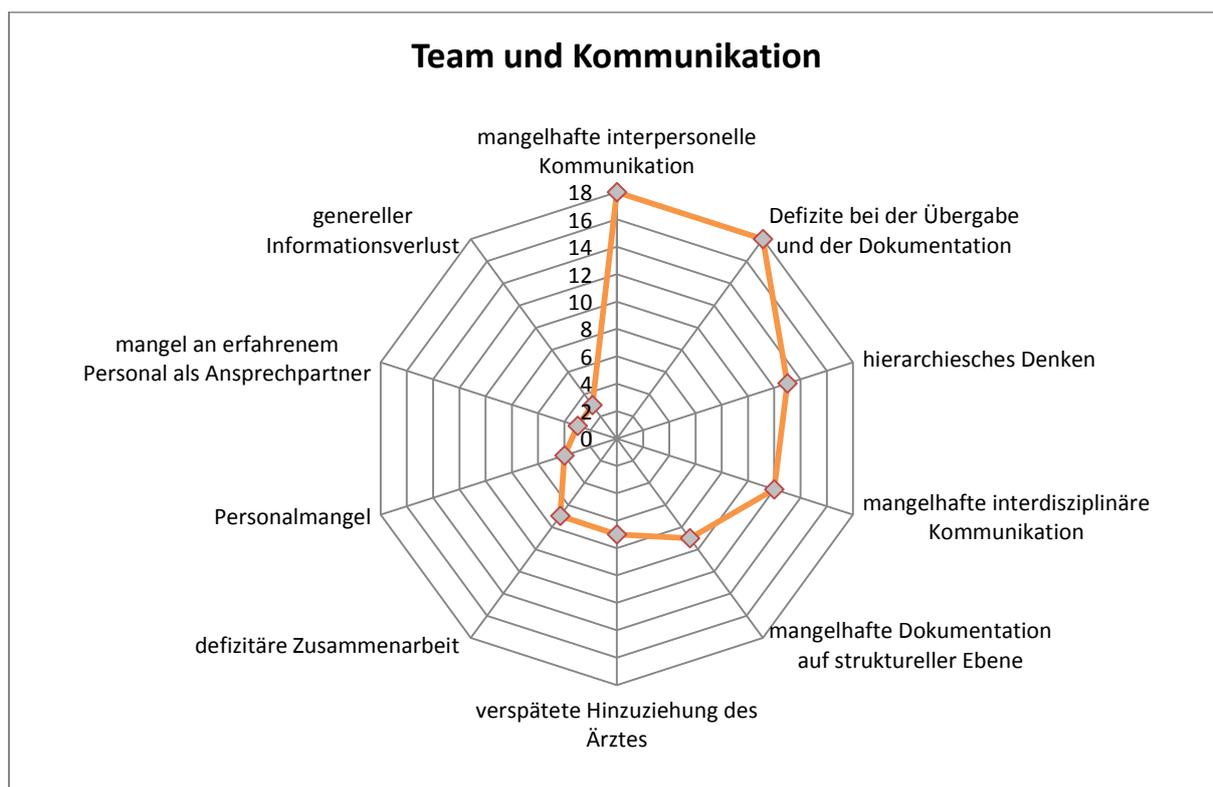


Abb. 11: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in den Risikofaktoren Team und Kommunikation in den Experteinterviews

Bei den **individuellen Risikofaktoren der Gebärenden**, die ebenfalls häufig genannt wurden, stehen der Wunsch der Frau zu einer außerklinischen Entbindung, gefolgt von dem Zustand nach Sectio und Beckenendlage im Vordergrund.

“...es gibt auf Facebook ein Forum wo sich Frauen gegenseitig Tipps geben wie man alleine ein Kind bekommt. Das hat mit der Angst vor der Klinik zu tun...Die Klinik bietet keine spontane Beckenendlage an. Dafür müssen sie nach München. Da ist ein Beckenendlagentourismus entstanden. Die Frauen fragen sich dann, warum sie selber nicht entscheiden dürfen und die außerklinischen Hebammen geraten unter Druck, solchen Wünschen zu entsprechen.“

Sondersituationen, wie beispielsweise Vorerkrankungen oder altersassoziierte Risikofaktoren durch das zunehmend höhere Durchschnittsalter der Gebärenden, werden als zunehmend bedeutsam bei der Einschätzung der Risikosituation gesehen. Hier spielen auch ein zu niedriges oder zu hohes Gestationsalter sowie Bildungsstand und soziales Umfeld eine wichtige Rolle. Weitere genannte Faktoren waren vorzeitiger Blasensprung, Schulterdystokie oder weitere spezifische Komplikationen.

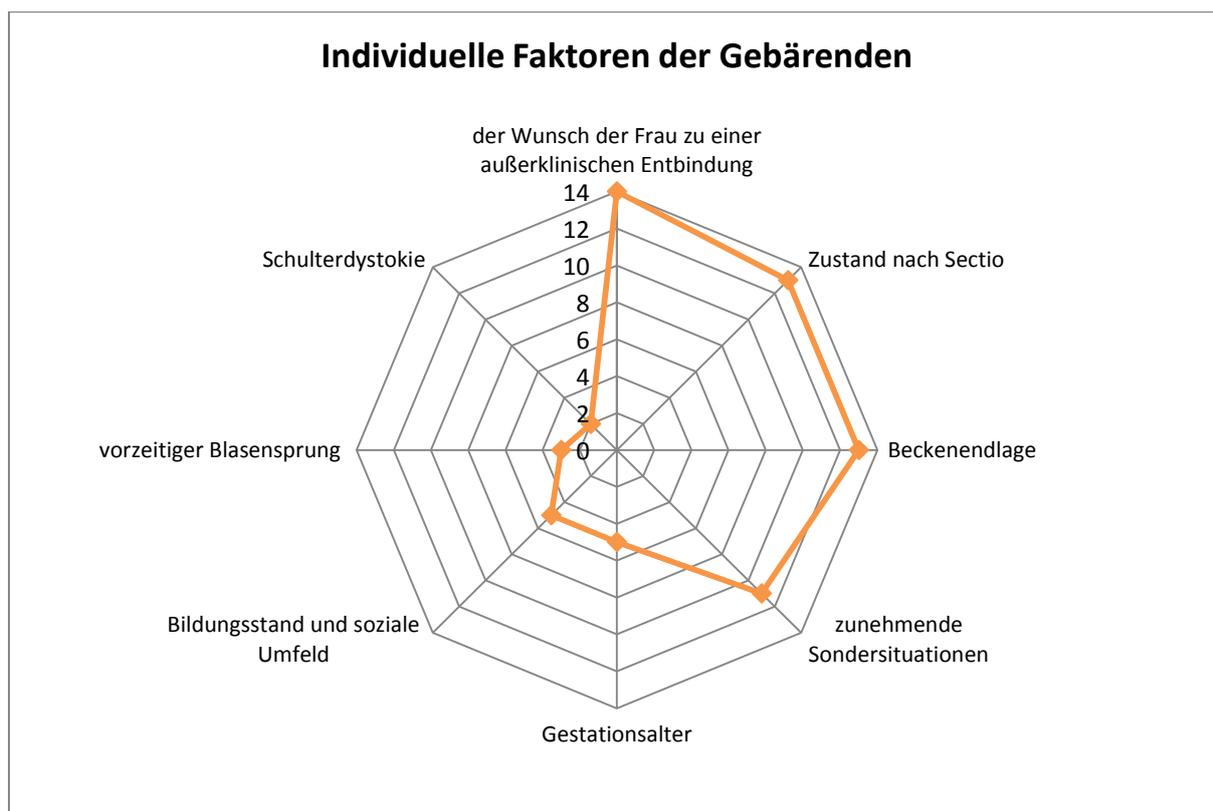


Abb. 12: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in den Risikofaktoren individuelle Faktoren der Frau/Mutter

Als **strukturelle Risiken** werden solche verstanden, die aufgrund von Versorgungs- und Unternehmensstrukturen entstehen. Dort wurden besonders häufig lange Anfahrtswege und logistische Probleme genannt, wie Schließung von Kliniken, die in ländlichen Gebieten zu einer

Unterversorgung führen können. Dieser Aspekt wird unter den Expertinnen und Experten durchaus kontrovers diskutiert. Während die einen eine durch die Schließung peripherer Entbindungskliniken bedingte Zunahme von Zwischenfällen und „Geburten im Auto“ befürchten, sehen die anderen eine Chance in der gut geplanten Zentralisierung hin zu einer besseren Versorgung und dem Aufbau von qualifizierten Perinatalnetzen.

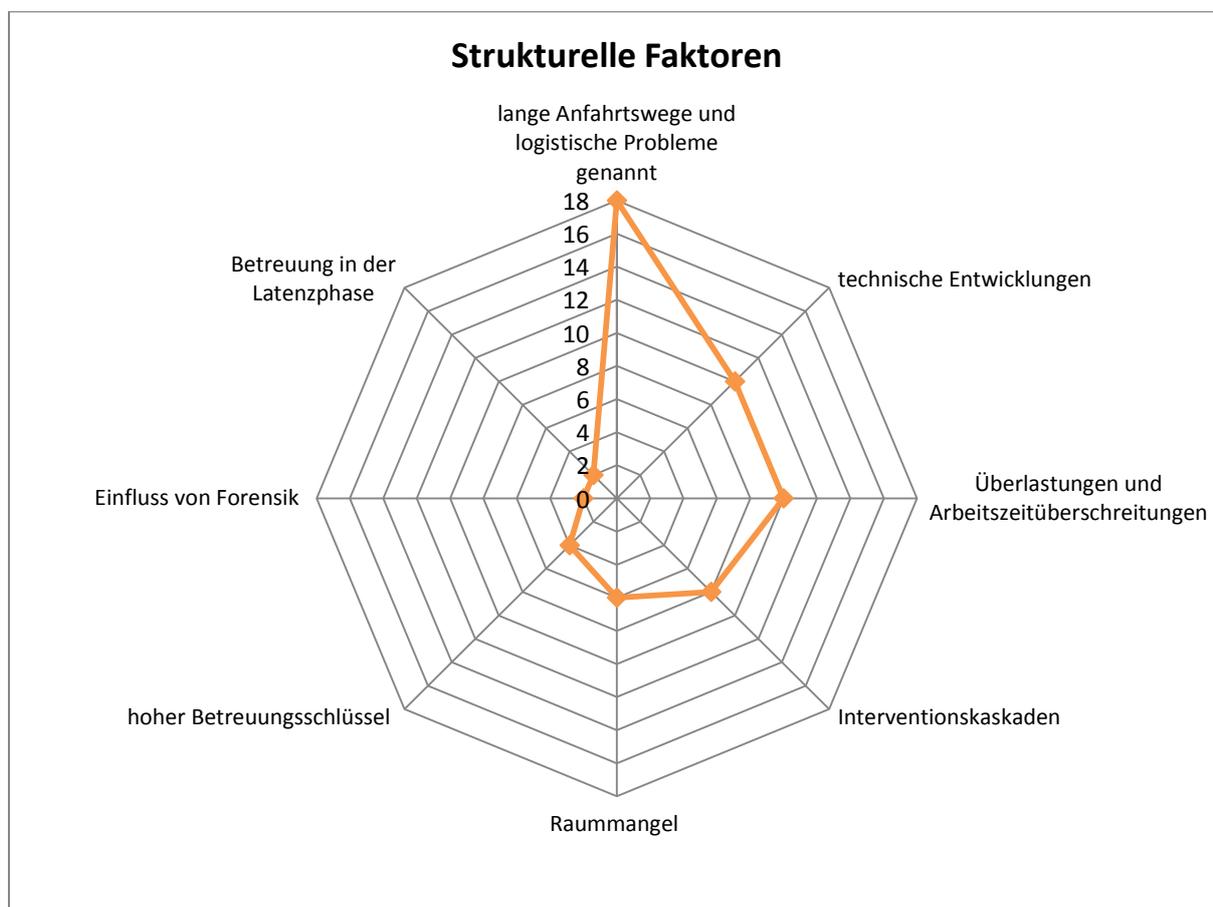


Abb. 13: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in Faktor strukturelle Risiken

An zweiter Stelle in dieser Gruppe stehen Überlastungen und Arbeitszeitüberschreitungen neben technischen Entwicklungen. Technische Entwicklungen wurden v.a. dann als Risikofaktor genannt, wenn sie einerseits nicht beherrscht würden, wie z.B. die schon mehrfach erwähnten CTG Interpretationsfehler oder andererseits dazu führten, dass ihnen eine zu große Bedeutung beigemessen werde, die auch bei falsch positiven Befunden zu schnell eine Interventionskaskade auslöst.

Begonnene „Interventionskaskaden“, besonders bei Überleitungen aus dem außerklinischen in das klinische Setting, bergen aufgrund unzureichender interpersoneller Kommunikation, Nicht-Akzeptanz und hierarchischen Strukturen ein weiteres Risiko.

„...Vermeidungs- und Sicherheitsmedizin ist das, was zu einer hohen Interventionsrate führt. Wenn etwas schief geht, springt die Sectiorate hinterher.“

Hohe Interventionsraten haben darüber hinaus auch einen ökonomischen Effekt und setzen falsche Anreize:

„Das ist ein Problem, dass es um Gewinne geht. [...] Ein Krankenhaus hat primär die Aufgabe regionale Bevölkerung zu versorgen, nicht Gewinne zu machen.“

Raummangel und ein zu hoher Betreuungsschlüssel sind ebenso wie der Einfluss von Forensik und die Betreuung in der Latenzphase weitere Faktoren, die jedoch im Spiegel der Expertenmeinung eine eher untergeordnete Rolle spielen.

Der Gruppe **Qualitätssicherung** wurden mangelhafte, defizitäre Kommunikation, zum Beispiel aufgrund fehlender einheitlicher Kommunikationswege, unzureichend strukturierte und uneinheitliche Dokumentation und Informationsvorgabe, u.a. im Bereich des Notfallmanagements zugeordnet. In diesem Bereich finden sich durchaus divergierende Ansichten der befragten Expertinnen und Experten v.a. hinsichtlich der Einschätzung der Auswirkungen von Zentralisierung auf die Qualität der geburtshilflichen Versorgung.

„Es macht was aus, wenn die Geburtslandschaften ausgedünnt werden. Wir sehen in NRW Kliniken mit mehr Frauen und die Personalstellen werden nicht aufgestockt. Dann sehe ich Gefahrensituationen.“

Ein negativer Effekt auf die Qualität der Versorgung ist jedoch nicht generell nachweisbar.

„[negative Auswirkungen, Anm. Interviewer] ... können wir mit unseren Zahlen nicht nachvollziehen. Wir hätten indirekte Kennzeichen, wenn eine Frau mit drohender Frühgeburt zu spät in ein perinatales Zentrum kommt. Das ist in den letzten Jahren stabil geblieben. [Zentralisierung] hat sich nicht ausgewirkt, was die Zahlen angeht.“

Des Weiteren wurden strukturelle Unterschiede der Bundesländer und auch die schlechte Vergütung der vaginalen Entbindung genannt:

„...eine Hebamme sollte aus finanzieller Erwägung nicht so viele Geburten wie möglich machen. Eine Geburt muss gut vergütet werden, so dass Qualitätsmanagement gewährleistet werden kann.“

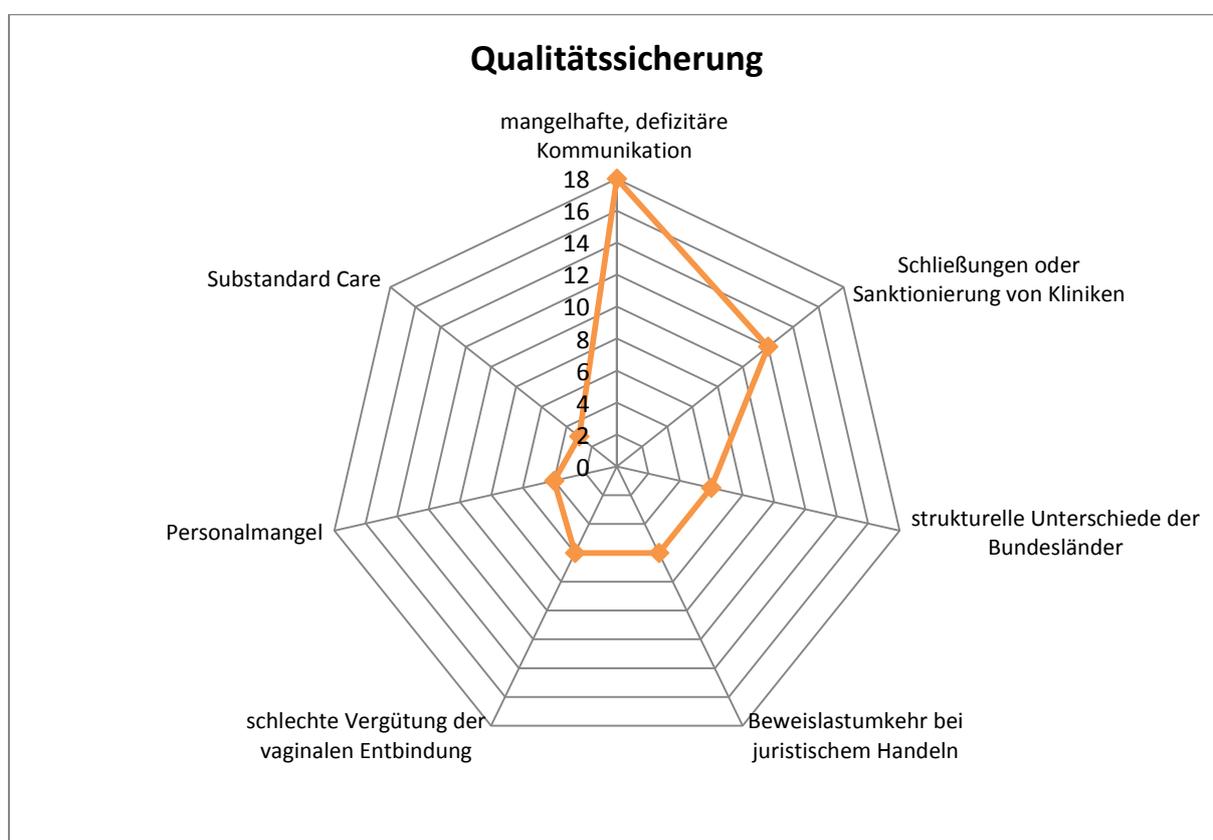


Abb. 14: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in Risikofaktor Qualitätssicherung

Ebenso wie Personalmangel werden von der Regelversorgung abweichende Versorgung als Risikofaktoren genannt.

„Wenn es nicht strukturiert ist, sowohl im klinischen als auch im außerklinischem Bereich und es kein Notfallmanagement gibt, dann passieren Fehler.“

Häufig wurde der Mangel an qualifiziertem Personal im Zusammenhang mit der **Personalsituation** genannt, auch im nicht-klinischen-Bereich.

„...man kann keine zweite Hebamme rufen, weil es keine mehr gibt. Das ist ein Risiko. Wenn man eine zweite Fachperson fragen kann, ist das eine Absicherung.“

So gebe es vor allem zu wenig Personal, was zu einer Überlastung und Erschöpfung des anwesenden Personals führt. Durch Überbelegung und Überlastung gehen viele Informationen verloren, was zur defizitären Dokumentation führt und die Weitergabe von Informationen verhindert. Zu dieser Kodegruppe gehört außerdem eine mangelhafte interdisziplinäre Kommunikation. Auch drohende Schließungen und die Sanktionierung der Kliniken werden hierunter zusammengefasst.

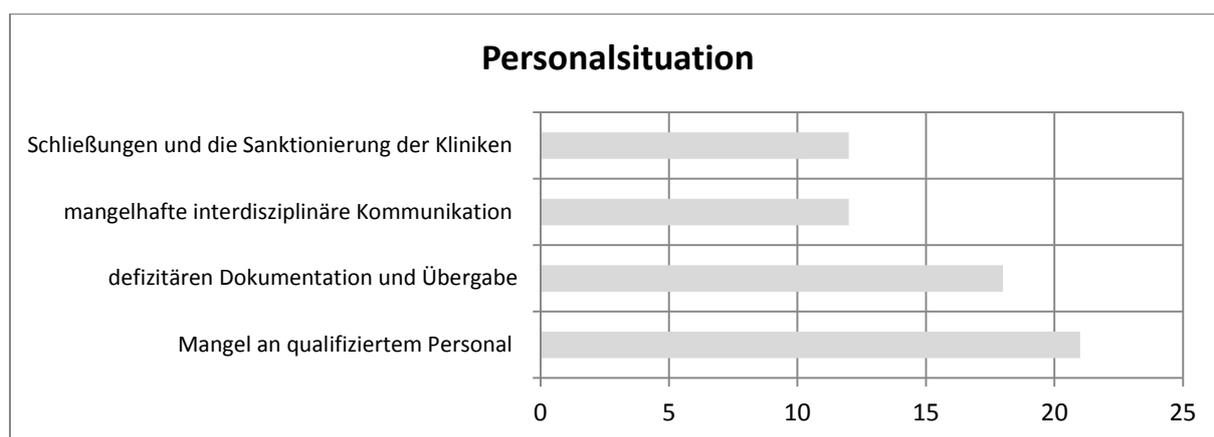


Abb. 15: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in Risikofaktor Personalsituation

Im Zusammenhang mit den **individuellen Faktoren der Hebamme** stehen der Umgang mit Angst und Unsicherheiten in Vordergrund. Vor allem bei Negativerfahrungen in einem Geburtsprozess:

„...man wird ängstlicher und vorsichtiger. Man weiß, wie sich das in Schadensfällen in der eigenen Vita auswirkt. Man wartet noch Jahre auf irgendeine Post.“

Die Berücksichtigung des Wunsches der Frau, nicht im klinischen Setting zu gebären, ist ein weiterer, häufig genannter Punkt bei den Risikofaktoren, ebenso wie der Mangel an Erfahrung und eine fehlerhafte Interpretation des CTGs. Zu langes Zuwarten, das dann beispielsweise in einer zu späten Überleitung in die Klinik aus einem ambulanten Setting mündet, wird ebenso kritisch gesehen wie die damit häufig verbundene Selbstüberschätzung, Ideologie sowie einer unterschiedlichen Arbeitskultur.

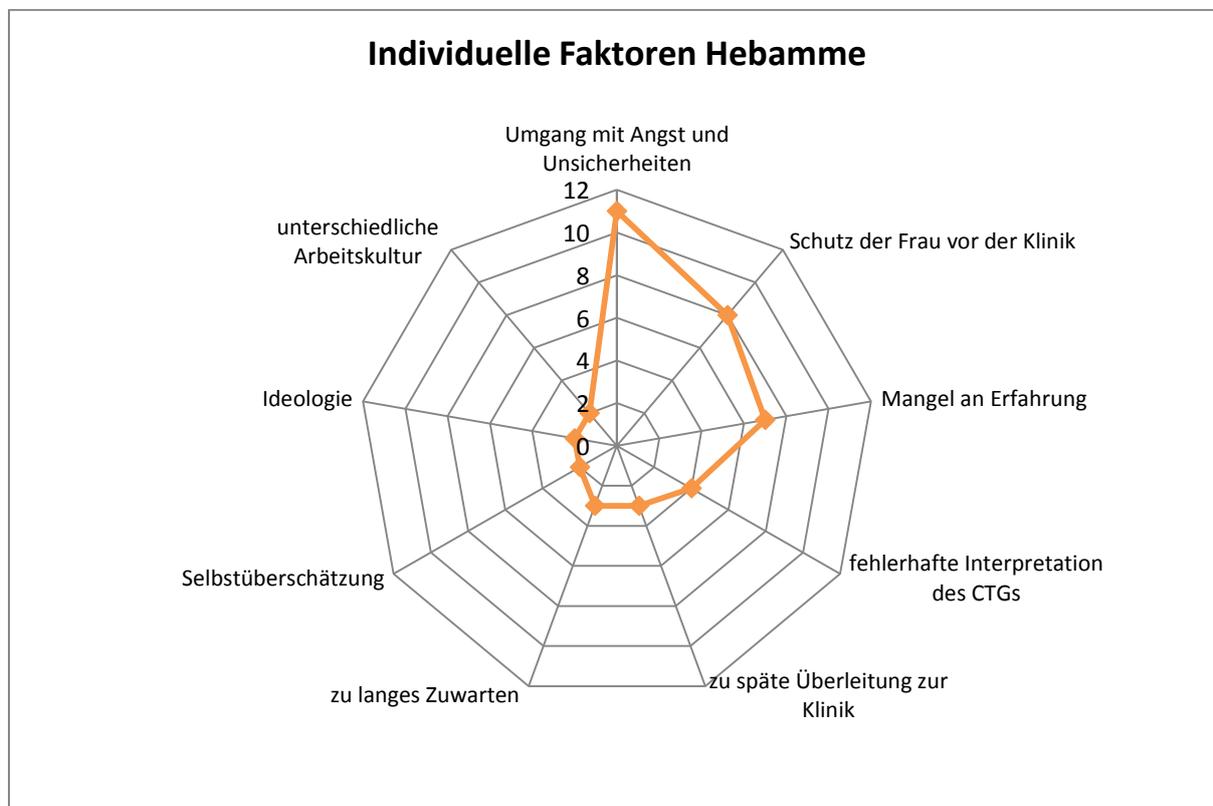


Abb. 16: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in Risikofaktor individuellen Faktoren der Hebamme

Die größten Risiken an der **Schnittstelle zwischen der außerklinischen und klinischen Geburtshilfe** wurden im ausgeprägten hierarchischen Denken, der interdisziplinären Kommunikation sowie dem Schutz der Frau vor der Klinik gesehen. Alle drei Faktoren spielen eine wichtige Rolle, da sie sich gegenseitig bedingen und verstärken. Ein Denken in Hierarchien und Vorurteilen spiegelt sich schnell in der Kommunikation wieder. Sei es, dass Diagnosen nicht ernst genommen werden oder auch, dass Bedenken aus Angst nicht geäußert werden. Dies ist hinderlich für ein gutes Gefühl bei einer Verlegung in eine Klinik. Neben der Gefahr eines empfundenen „Gesichtsverlustes“ und der Unsicherheit, ob die Frau weiterbetreut werden kann, kommt noch das Wissen bzw. die Befürchtung hinzu, dass in der Klinik dem Wunsch der Frau nicht immer entsprochen wird bzw. werden kann. Diese Aspekte sind im Kontext mit den strukturellen Risiken und der logistischen Problematik zu sehen, da die Verlegung aus dem außerklinischen in das klinische Setting durch lange Anfahrtswege und eine fehlende Vernetzung der erst- und zweitversorgenden Hebammen (sowie der weiteren Beteiligten) erschwert wird.

„Ein Aspekt ist die mangelnde Vernetzung. Zu wissen mit welchen Akteuren gearbeitet werden muss...Wir hatten eine schlechte Kommunikation mit der

Feuerwehr, was der Grund für Verzögerungen war. Wir haben dann in einer gemeinsamen Schulung Codewörter festgelegt.“

Auch bei der Verlegung in die Klinik kann es zu weiteren Verzögerungen kommen, da bei dem Settingswechsel zunächst Misstrauen gegenüber den zuvor gestellten Diagnosen besteht und so ggf. eine diagnostische oder Interventionskaskade ausgelöst werde, bevor die benötigte Therapie begänne.

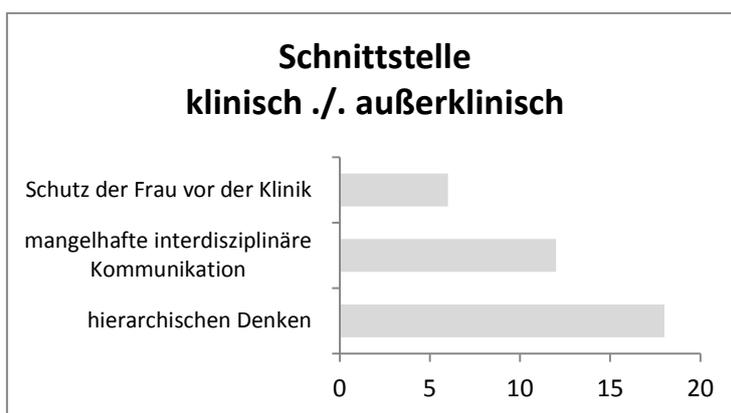


Abb. 17: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in Risikofaktor Schnittstelle zwischen der außerklinischen und klinischen Geburtshilfe

Vorurteile bestünden zwischen den Berufsgruppen bereits in der **Aus-, Fort- und Weiterbildung** und aufgrund der Trennung könnten diese nur schwer oder gar nicht abgebaut werden. Notwendig sei jedoch ein Verständnis für die Arbeitsphilosophie der jeweils anderen Berufsgruppe. Vor allem im Notfall wäre die Kommunikation in der Zusammenarbeit dadurch erschwert.

Neben dem Mangel an qualifiziertem Personal wurde auch zweimal das Problem des „Deskilling“ genannt. So würden einige „alte“ Hebammenpraktiken nicht mehr weitergegeben und „altes Wissen“ ginge verloren. Verschiedentlich wurde die Notwendigkeit der Simulationen in der Aus- und Fortbildung betont.

„Woran es ja immer mangelt, ist das gemeinsame Reanimieren durch Hebammen und Ärzte“

Weiterhin nennen die Expertinnen und Experten als Problematik, dass Mediziner und Hebammen anhand unterschiedlicher Ausbildungspfade (z.B. physische Geburt in der Beckenendlage) ausgebildet werden. Gemeinsame Module und Ausbildungseinheiten könnten die Kommunikation und die gegenseitige Akzeptanz steigern. Hierzu wurde von einigen Interviewpartnern ein strukturierter Dialog der Berufsgruppen als kommunikationsförderndes Instrument gefordert.

Zu den Faktoren der Zusammenarbeit gehört auch eine **Fehlerkultur**. Die wiederum sei eng mit hierarchischem Denken verbunden. Fallbesprechungen müssten konstruktiv gestaltet werden, ohne den Schuldigen zu suchen, sondern mit dem Gedanken der zukünftigen Fehlervermeidung. Die Expertinnen und Experten forderten hier eine andere Fehlerkultur anstelle eines „shame and blame“.

Die Erkenntnisse aus den Experteninterviews wurden als Basis für die Erarbeitung von Lösungsansätzen in den beiden Veranstaltungen Open Space und Themenmarktplatz verwendet. Lösungen für die sechs Themenfelder Sicherheitskultur, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Schnittstellen klinische/außerklinische Schnittstellen, Schnittstellen in der Klinik, Qualitätsmanagement / Risikomanagement und Dokumentation wurden dort ausführlich diskutiert. Die Lösungen des Themenmarktplatzes wurden analog zu den Experteninterviews ausgewertet. Die im Rahmen der Interviews benannten Lösungen sind in die Auswertung des Themenmarktplatzes eingeflossen (Kapitel 5.9).

5.7 Onlinebefragung

Die Ergebnisse der Onlinebefragung sind konsistent mit den bisherigen Ergebnissen und liefern eine gute Möglichkeit zur Quantifizierung von begleitenden Risikofaktoren, Sicherheitsmaßnahmen, Risikoeinschätzungen und Hilfsangeboten. In wesentlichen Aspekten stützt die vorläufige Auswertung die bisherigen Ergebnisse aus Literatur und den Interviews und zeigt auf der anderen Seite überraschende Erkenntnisse über das Ausmaß der Erfahrung mit vermuteten oder tatsächlichen Geburtsschäden, des Hilfsangebotsmangels und der zum Teil unterschiedlichen Beurteilung von Schadenssituationen zwischen den befragten Berufsgruppen.

Im Gutachten sind die Ergebnisse gruppiert in vier Themenfeldern dargestellt. Alle Einzelergebnisse sind im Anhang 2 zu finden.

I. Bewertung der Datenqualität

Ein Hauptkritikpunkt an Online-Umfragen, insbesondere solcher mit passiver Rekrutierung, liegt in der Repräsentativität der Stichprobe. So konnten an der Onlinebefragung nur Menschen teilnehmen, die zum einen Internetzugang und zum anderen den Link der Befragung erhalten haben. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass Menschen die Erfahrung mit Geburtsschäden gemacht haben eher an der

Befragung teilnehmen, als solche, die damit noch keine Erfahrung gemacht haben. Durch die Selbstselektion der Befragungsteilnehmerinnen- und teilnehmer ist davon auszugehen, dass eine Stichprobenverzerrung vorliegt, was dazu führt, dass die Stichprobe nicht repräsentativ und die Befragungsergebnisse somit nicht auf die Gesamtpopulation übertragbar sind. Dies schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse ein und muss bei der Interpretation der Ergebnisse unbedingt beachtet werden. Trotz dieser Einschränkung ist die gewählte Methode gut dafür geeignet viele Informationen über individuelle, systematische und kontextuale Risikofaktoren retrospektiv erfassen zu können und liefert eine Basis für weitere Forschung und Studien.

II. Beschreibung der Stichprobe

An der Onlinebefragung nahmen 950 Personen teil.

Davon sind 10%² Ärztinnen und Ärzte (N = 95), 88,4% Hebammen (N = 840) und 1,6% haben sich der Berufsgruppe „Sonstiges“ zugeordnet (N = 15).

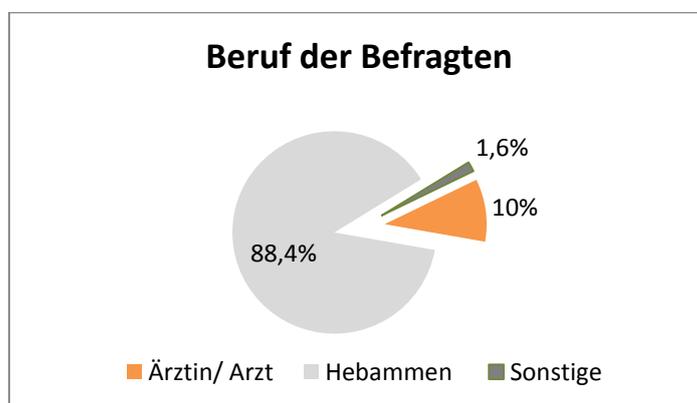


Abb. 18: Beruf der Befragten

70,7% der befragten Hebammen arbeiten (auch) freiberuflich (N = 594), wobei 46,1% der befragten Hebammen ausschließlich freiberuflich tätig sind (N = 376) und 26% der Hebammen sowohl angestellt, als auch freiberuflich tätig sind (N = 212). 25,6% der befragten Hebammen (N = 209) sind ausschließlich fest angestellt. Insgesamt gaben 290 Befragungsteilnehmerinnen (Entbindungspfleger nahmen nicht

² Bei den angegebenen Prozentwerten handelt es sich immer um gültige Prozent, die auf Basis der gültigen Antworten berechnet wurden. Die Anzahl gültiger Antworten kann variieren und nimmt im Verlauf der Befragung aufgrund von Abbrüchen ab.

an der Befragung teil) an, zum Zeitpunkt der Befragung auf freiberuflicher Basis in der Geburtshilfe tätig gewesen zu sein.

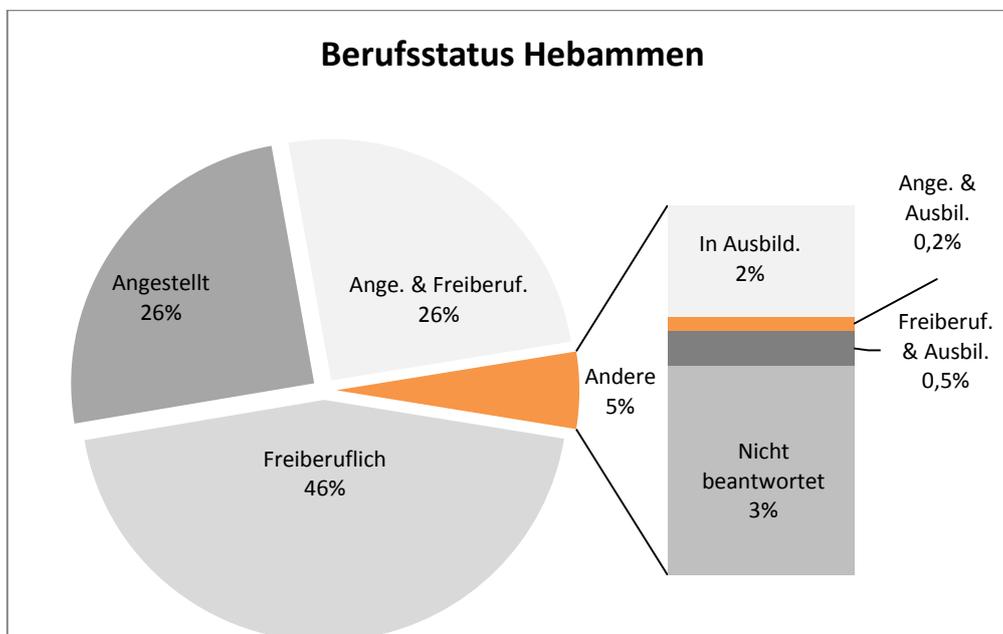


Abb. 19: Berufsstatus Hebammen

Die um Extremwerte bereinigte Analyse der Arbeitserfahrung in Jahren insgesamt und getrennt nach Orten der aktiven Geburtshilfe ergab eine durchschnittliche Erfahrung in der aktiven Geburtshilfe von insgesamt $M = 14.94$ Jahren ($SD = 9.75$). Die durchschnittliche Erfahrung in der Geburtshilfe von Krankenhäusern betrug $M = 12.62$ Jahre ($SD = 9.32$). 155 Befragungsteilnehmerinnen gaben an, Erfahrung mit der aktiven Geburtshilfe in Geburtshäusern gemacht zu haben. Die Mittelwerte liegen sowohl bei der Erfahrung im Geburtshaus ($M = 7.63$, $SD = 7.79$) als auch in der Hausgeburtshilfe ($M = 9.19$, $SD = 8.30$) unter dem Mittelwert der Erfahrung im Krankenhaus.

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten Gutachten

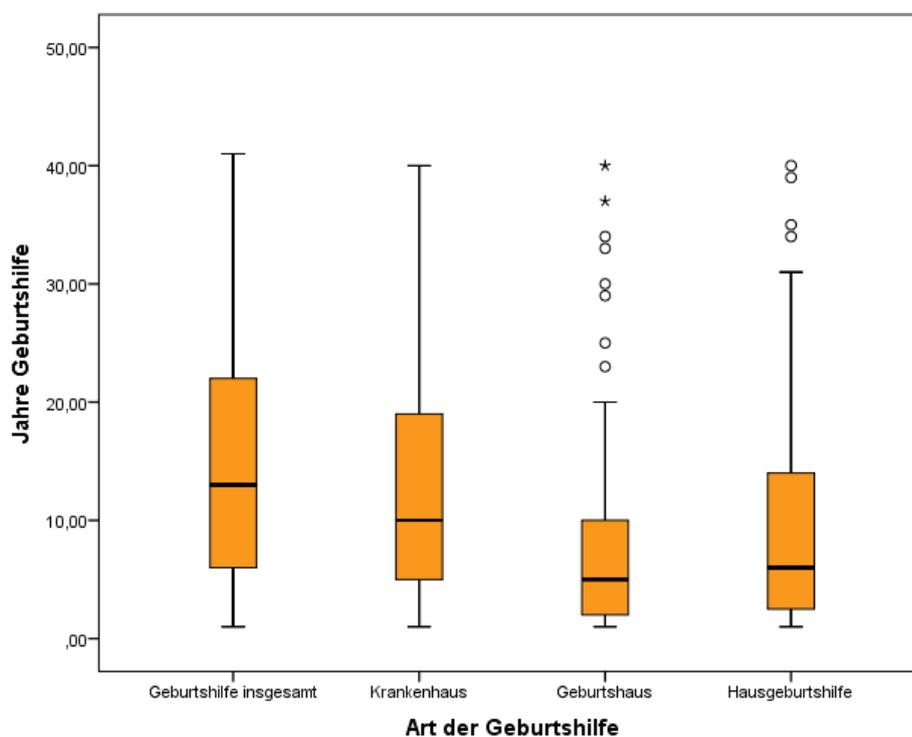


Abb. 20: Aktive Jahre in der Geburtshilfe nach Einrichtung

Es ist nicht erstaunlich, dass sich in der Frage nach der Anzahl aktuell betreuter Geburten nach Geburtsort (insgesamt, Krankenhaus, Geburtshaus, Hausgeburt) große Unterschiede feststellen lassen. Während fast 40 % der befragten Hebammen aktuell im Krankenhaus zwischen 51-100 Geburten im Jahr betreuen, betreut die Mehrheit im Geburtshaus und in der Hausgeburtshilfe aktuell zwischen 11-30 bzw. 6 -30 Geburten jährlich.

Tabelle 3: Anzahl der betreuten Geburten

Anzahl jährlich betreuter Geburten	Insgesamt	Krankenhaus	Geburtshaus	Hausgeburtshilfe
Bis 5	4 (0.8 %)	1%	7%	33%
6 - 10	12 (2.4 %)	2%	21%	28%
11 - 30	74 (14.6 %)	8%	55%	35%
31 - 50	112 (22.1 %)	18%	13%	4%
51 -100	169 (33.3 %)	40%	4%	1%
100 - 300	124 (24.5 %)	28%	-	-
Über 300	12 (2.4 %)	3%	-	-
Insgesamt	100%	523 (100 %)	71 (100%)	139 (100 %)

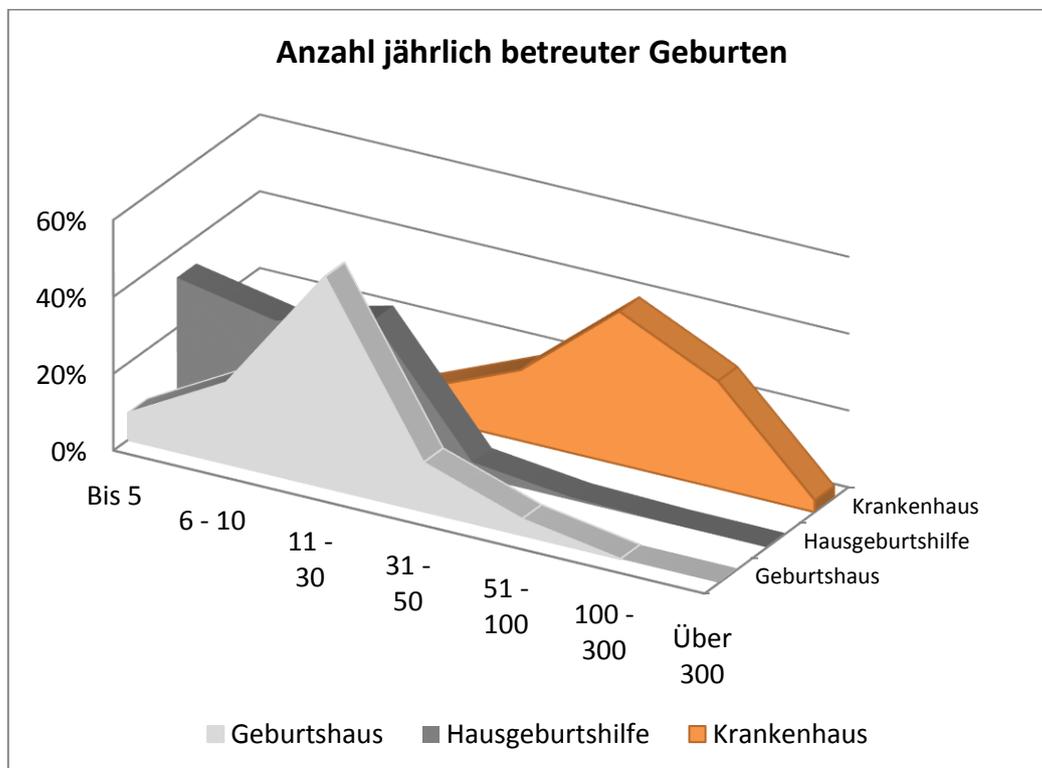


Abb. 21: Anzahl jährlich betreuter Geburten nach Einrichtung

Bei der Betrachtung der **Ärztinnen und Ärzte** ist zunächst festzustellen, dass im Vergleich zu Hebammen deutlich weniger Ärztinnen und Ärzte an der Befragung teilgenommen haben. Die 95 Ärztinnen und Ärzte haben durchschnittlich 19.75 Jahre (SD = 10.3) aktiv Geburten begleitet bzw. wurden zu Geburten hinzugezogen. Der überwiegende Anteil (59.%) arbeitet in leitender Position als Chef- oder Oberarzt resp. -ärztin. Der Großteil der Befragungsteilnehmenden kamen dabei aus dem Bereich Gynäkologie und/oder Geburtshilfe (N = 70, 86.4 %) und nur wenige aus dem Bereich der Neonatologie, Anästhesie und Pädiatrie. Dabei gaben 31.8% der Ärztinnen und Ärzte an, aktuell zwischen 100 und 300 Geburten zu betreuen, 35.3 % sogar über 300 Geburten.

III. Erfahrungen mit Geburtsschäden

Fast 2/3 (63.6%) aller Befragten gaben an, mehrfach in ihrem Berufsleben Erfahrungen mit einem vermuteten oder tatsächlichem Geburtsschaden gemacht zu haben.

Die Hälfte der Fälle ereigneten sich nach Angaben der Befragten in den letzten drei Jahren (N = 352, 51.8%), trotzdem lagen auch 17.3 % der Fälle über 10 Jahre zurück.

Tabelle 4: Erfahrung mit vermuteten oder tatsächlichen Geburtsschäden

Beruf	Nein	Ja, einmal	Ja, mehrmals	Gesamt
Arzt/Ärztin	5 (5.9%)	10 (11.8%)	70 (82.4%)	85 (100%)
Hebamme	130 (16.1%)	180 (22.3%)	496 (61.5%)	806 (100%)
davon freiberufliche Hebammen:	109 (19.3%)	134 (23.7%)	54.4 (57.0%)	565 (100%)
Sonstige	2 (13.3%)	3 (20.0%)	10 (66.7%)	15 (100%)
Insgesamt	137 (15.1%)	193 (21.3%)	576 (63.6%)	906 (100%)

IV. Begleitumstände der Schadenssituation

Die Begleitumstände der Schadenssituation waren vielfältig und multidimensional. Im Durchschnitt wurden neun risikobehaftete Begleitumstände pro Fall genannt (SD = 6.66, N = 861), wobei in 5% der Fälle keine risikobehafteten Begleitumstände aufgetreten sind.

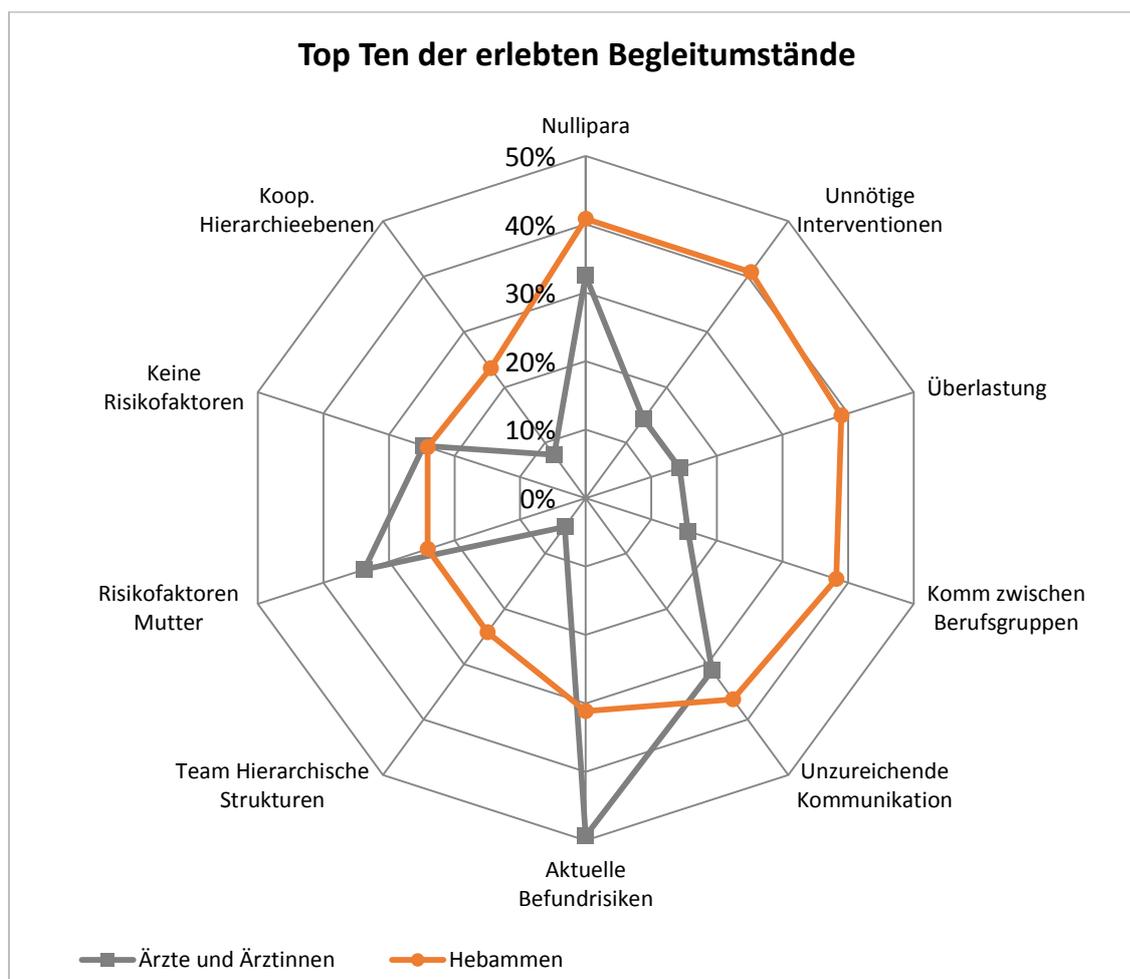


Abb. 22: Top Ten der Begleitumstände im Schadensfall nach Berufsgruppen einfügen

Risikofaktoren der Mutter

Im Fragebogen wurde nach den anamnestischen Risikofaktoren laut Mutterpass aufgegliedert in anamnestische Faktoren (z.B. Zustand nach Operation am Uterus), schweren mütterlichen Allgemeinerkrankungen und aktuellen Befundrisiken wie z.B. Lageanomalie und schwierigen sozialen Bedingungen gefragt.

In 98.9 % der berichteten Fälle lagen **Risikofaktoren der Mutter** bzw. des Kindes vor (N = 830). Zum Vergleich liegt in der aktuellen Perinatalerhebung aller Klinikgeburten in Deutschland die Quote an Geburtsrisiken (ohne Schwangerschaftsrisiken) bei allen Geburten bei insgesamt 79.7%, und die Quote an Frauen mit Schwangerschaftsbefunden bei 77,4% (IQTiG, 2017). Bei der Betrachtung der Nennungen innerhalb dieser Oberkategorie fällt auf, dass in 41.1% der Fälle die Schwangere eine Erstgebärende war. Auch aktuelle Befundrisiken (auffällige Herztöne, auffälliges CTG, Geburtseinleitung) wurden in einem Drittel der Fälle genannt (33.3%, N =280).

Ebenfalls häufig wurden in diesem Zusammenhang **unnötige Interventionen genannt** (36.8 %, N = 310). Wobei Ärztinnen und Ärzte dies deutlich weniger häufig als Begleitumstand aufzählten, (14.9%, N = 29) als Hebammen (40.8%, N =266).

Risikofaktoren, die in der Situation vorhanden waren

Gefragt wurde nach Qualifikation und Kompetenz, Kommunikation, Teamfaktoren, Kooperation, Ressourcen, Dokumentation und persönliche Faktoren.

In 64.9% aller Fälle wurde eine **mangelhafte Kommunikation** in der Schadenssituation wahrgenommen. Bei der Betrachtung dieser Kategorie fällt auf, dass in über einem Drittel der Fälle eine unzureichende Kommunikation generell (35.4%, N = 298), aber häufiger sogar zwischen den Berufsgruppen (36.3%, N = 306) angegeben wird. Letzteres berichteten Hebammen (38.9%) deutlich häufiger, als Ärztinnen und Ärzte (14.6%). Wobei diese wiederum häufiger von fehlender Hinzuziehung berichten (30.3%). Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen den Faktoren Kommunikation und Team ($r = 0.55$) sowie mit unzureichender Kooperation ($r = 0.45$). Insgesamt zeigt die Korrelationsanalyse (Anhang 2) viele starke Zusammenhänge zwischen Kommunikation und den übrigen Faktoren, was vermuten lässt, dass Kommunikation ein zentraler Risiko- und Schutzfaktor ist.

In über der Hälfte der Fälle wurden **Ressourcenmangel** (55.9%, N = 469) und dysfunktionale **Teamfaktoren** (53.6%, N = 450) aufgezählt. Dabei ist besonders ein Risiko durch Überlastung (34.8%, N = 293) und Zeitverzögerungen (22.7%, N = 191) hervorzuheben, wobei Überlastung mehr als doppelt so häufig von Hebammen (37.1%) als von Ärztinnen und Ärzten (13.5%) genannt wurden. Als weitere genannte Teamfaktoren wurden ausgeprägte hierarchische Strukturen (22.8%, N = 192), eine fehlende Fehlerkultur (21%, N = 177) und ungenügend Unterstützung bzw. unklare Anordnungen (20.7%, N = 174) aufgeführt. Ärztinnen und Ärzte berichten weniger häufig von ausgeprägten hierarchischen Strukturen (24.8% vs. 4.5%) als Hebammen. Vergleicht man die Angaben von Hebammen mit denen der Ärztinnen und Ärzte, fällt auf, dass sie sich nur in den Kategorien Ressourcenmangel und Teamfaktoren deutlich voneinander unterscheiden. So nannten Hebammen beides häufiger im Vergleich zu Ärzten und Ärztinnen. Wenn das Team zu Beginn der Geburtssituation aus Belegarzt/-ärztin und Beleghebamme bestand (N = 13), wurde besonders häufig von risikobehafteten Teamfaktoren berichtet (92.3%).

Mangelhafte **Qualifikation und Kompetenz** wie fehlende Notfalltrainings (19.6%, N = 165) und Supervision (16%, N = 135), **unzureichende Kooperation** - besonders zwischen den Hierarchieebenen (21.9%, N = 184), eine unvollständige **Dokumentation (15.7%, N = 132)** sowie risikobehaftete **persönliche Faktoren** waren in einem Drittel der Fälle vorhanden. Bei Letzterem handelt es sich entweder um zu frühes Intervenieren (17.3%, N = 146), oder fehlende Selbstreflexion (13.2%, N = 111). Auch hier unterscheiden sich die genannten Häufigkeiten zwischen den Berufsgruppen.

Grad des Einflusses der Faktoren auf die Entstehung des Geburtsschadens

Gefragt wurde für verschiedene Faktoren (Überwachung, Fehlinterpretation von Befunden, Nebenwirkungen von Medikation, zu wenig Personal, Zeitverzögerungen, Entfernung zur Klinik, Zeitpunkt) wie stark der Einfluss von 1 („kein Einfluss“) bis 5 („sehr starker Einfluss“) auf die Entstehung des Geburtsschadens eingeschätzt wurde.

Miteinander verglichen hatte die Fehlinterpretation der Befunde den höchsten Mittelwert von 2.86 (SD = 1.58), gefolgt von zu wenig Personal (M = 2.75, SD = 1.63) und Zeitverzögerungen sowohl bei der Entscheidung (M = 2.72, SD = 1.59), der Durchführung (M = 2.56, SD = 1.6) als auch bei der Hinzuziehung (M = 2.43, SD = 1.53).

Risikoeinschätzung generell

Die Frage nach der **Risikoeinschätzung**, unabhängig ob Erfahrung mit einem tatsächlichen oder vermuteten Geburtsschaden gemacht wurden, konnten mit „keinem Risiko“ = 1, „geringes Risiko“ = 2, „mittleres Risiko“ = 3, „starkes Risiko“ = 4 und „sehr starkes Risiko“ = 5 beantwortet werden. Die Mittelwerte und Standardabweichungen können dem Anhang 2 entnommen werden, wobei sich die Einschätzungen zwischen den Berufsgruppen erwartungsgemäß zum Teil erheblich unterscheiden.

So bewerten Ärztinnen und Ärzte Terminüberschreitungen und Lücken im post- und intrapartalen Monitoring deutlich kritischer, als es Hebammen tun. Diese wiederum schätzen Nebenwirkungen von Medikamenten risikoreicher ein, als ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen (vgl. Tabelle im Anhang 2). Einig sind sich jedoch beide Berufsgruppen, das zu wenig Personal ein sehr starkes Risiko darstellt.

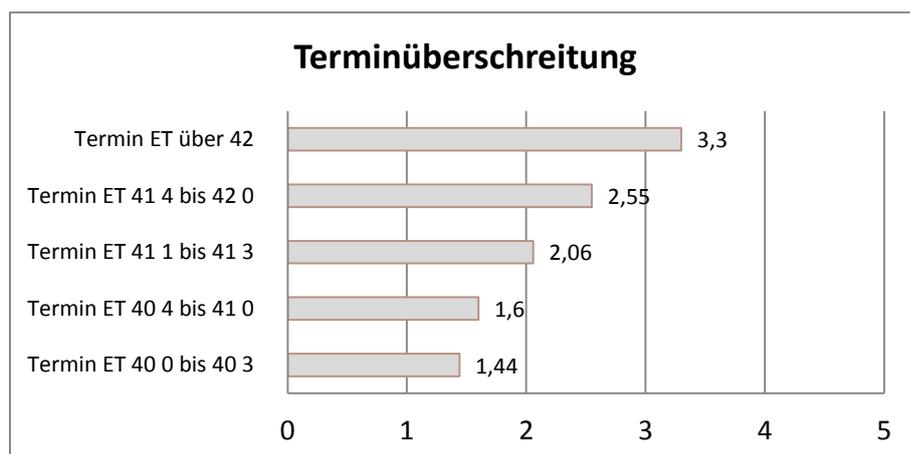


Abb. 23: Risikofaktor Terminüberschreitung (Mittelwerte)

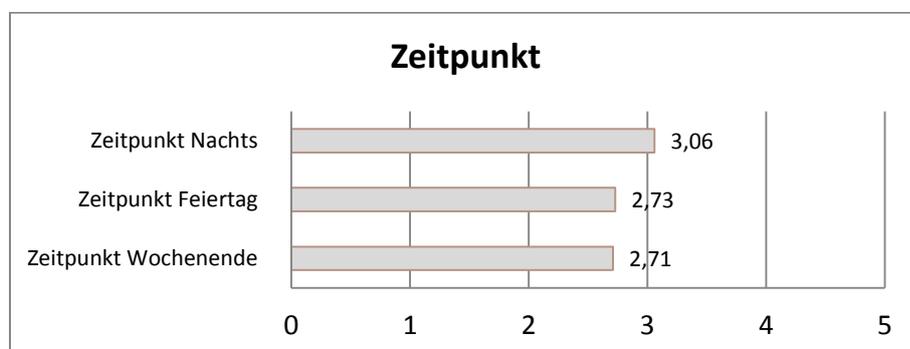


Abb. 24: Risikofaktor Zeitpunkt (Mittelwerte)

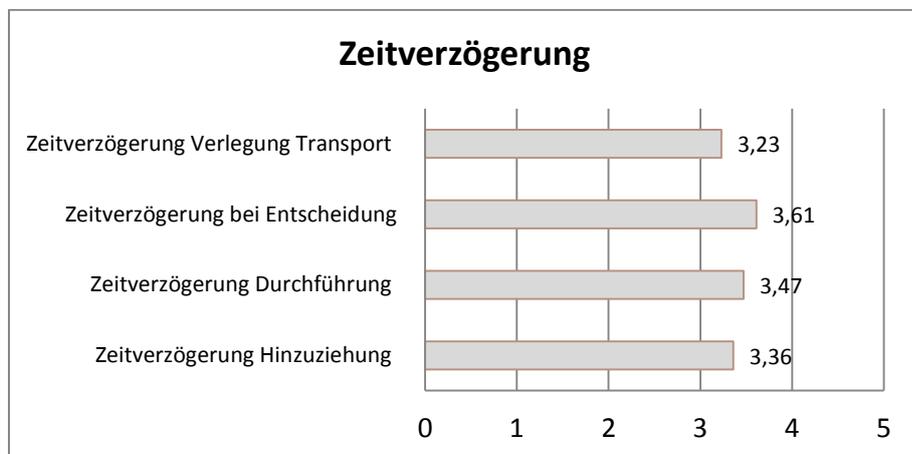


Abb. 25: Risikofaktor Zeitverzögerung (Mittelwerte)

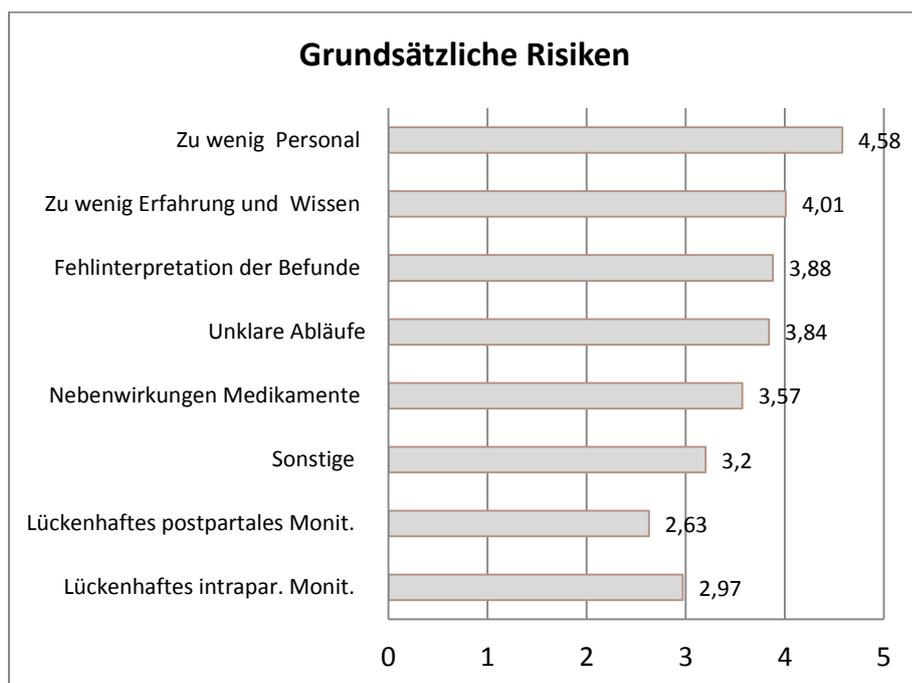


Abb. 26: Grundsätzliche Risikofaktoren (Mittelwerte)

Vorhandene in den Arbeitsfeldern bereits durchgeführte Sicherheitsmaßnahmen

Gefragt nach bereits durchgeführten Sicherheitsmaßnahmen berichtete nur die Hälfte der Befragten von Standards, insbesondere im Bereich der Medikation, Checklisten, Teamtraining, Fallbesprechungen, Fallberichtssystemen (CIRS) und Geräteschulungen.

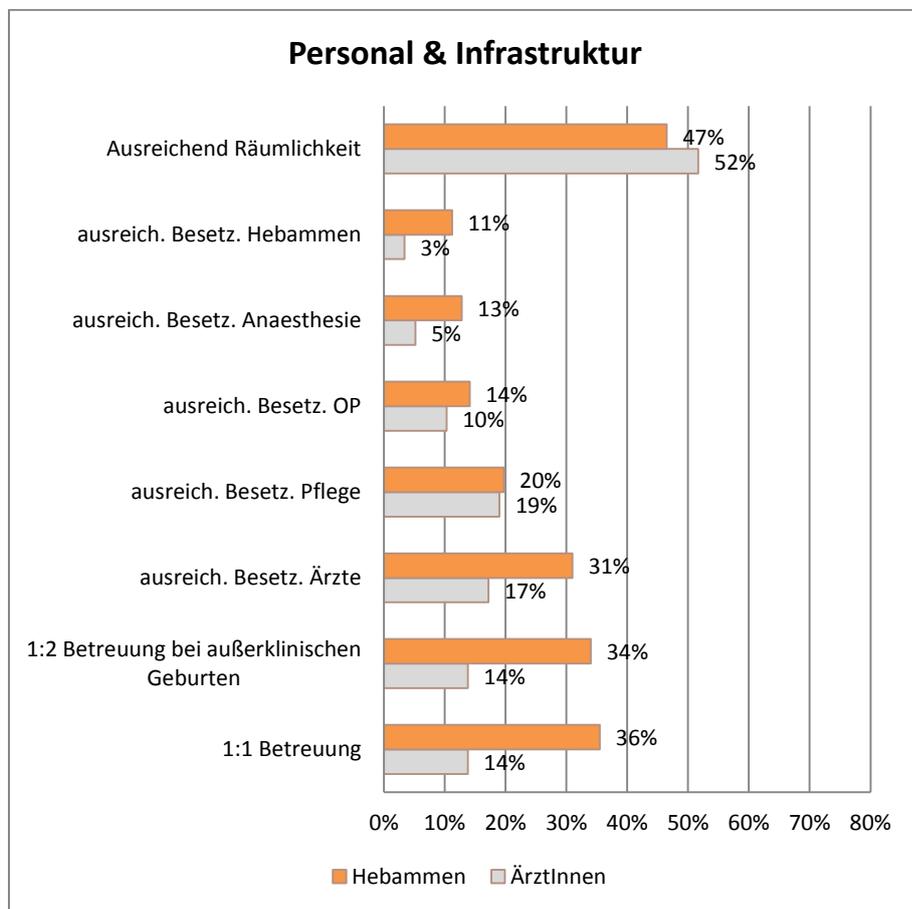


Abb. 27: Vorhandene Sicherheitsmaßnahmen: Personal und Infrastruktur

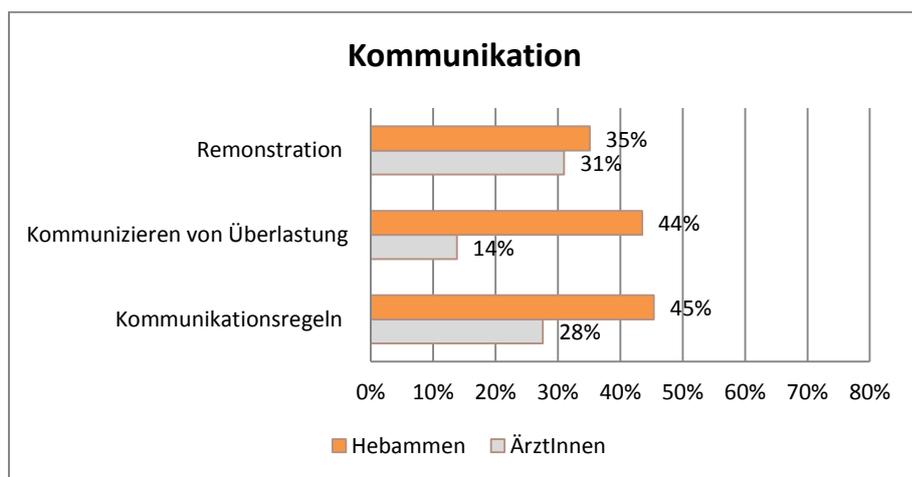


Abb. 28: Vorhandene Sicherheitsmaßnahmen: Kommunikation

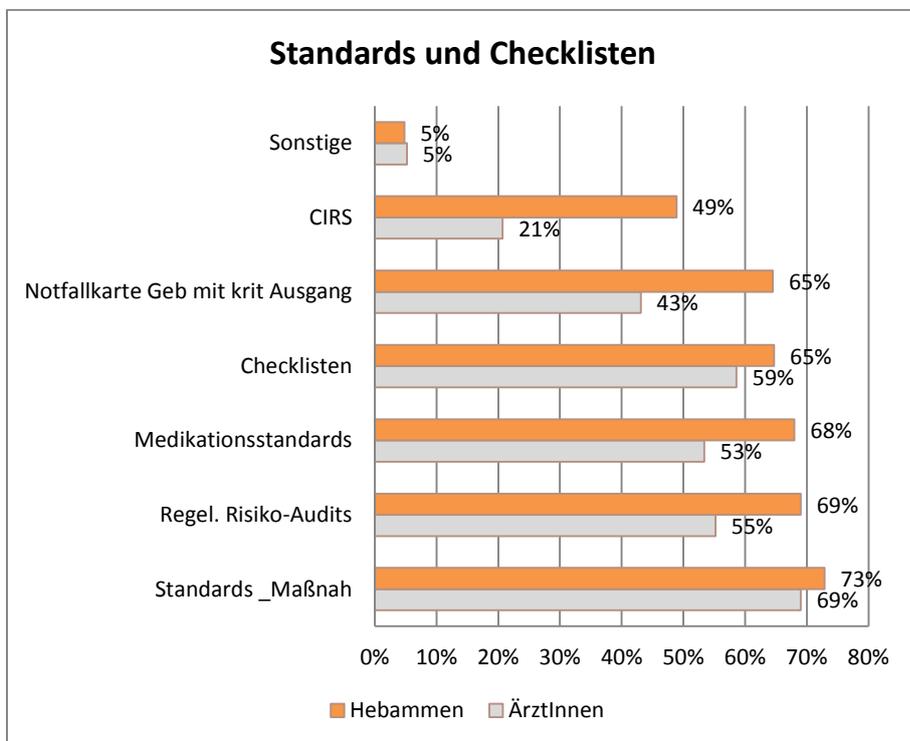


Abb. 29: Vorhandene Sicherheitsmaßnahmen: Standards und Checklisten

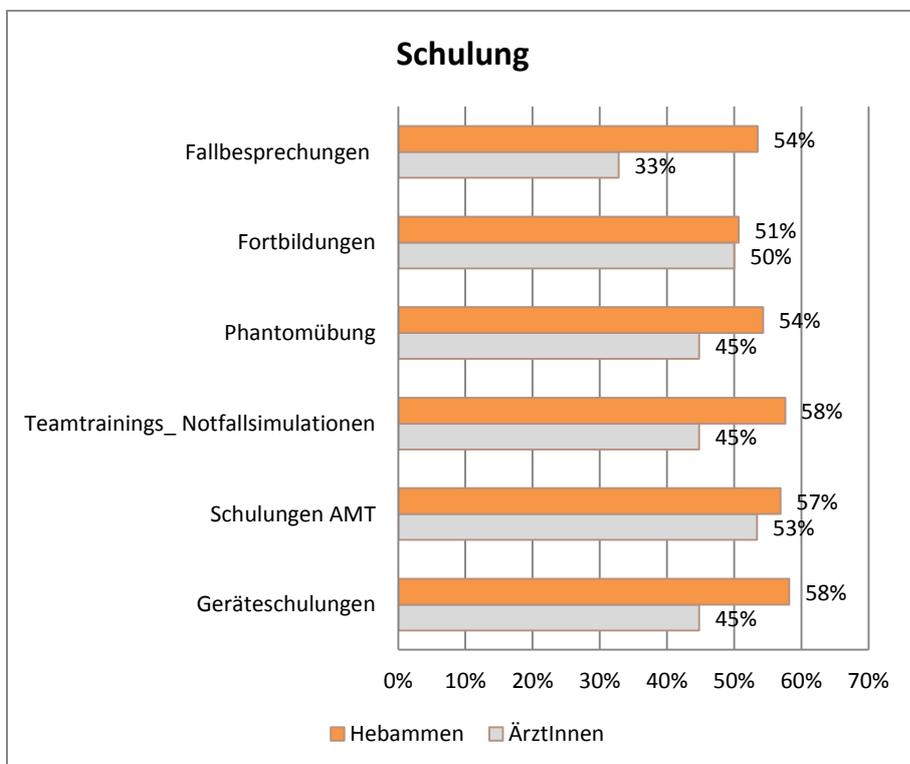


Abb. 30: Vorhandene Sicherheitsmaßnahmen: Schulung

Wünschenswerte Sicherheitsmaßnahmen

Für eine Erhöhung der Patientensicherheit wird in erster Linie eine ausreichende personelle Besetzung in allen Bereichen gewünscht. Der Wunsch nach Kommunikationsregeln (62.6%, N = 375), auch Kommunikation von Überlastung (56.6%, N = 339), AMTS-Schulungen (57.1%, N = 342), Notfallkarten (56.4%, N = 339), Phantomübungen (46.2%, N = 277), auch der Remonstration³ (53.6%, N = 321), Fallbesprechungen (40.7%, N = 244), Teamtrainings (33.4%, N = 200) und Fortbildungen (32.2%, N = 193) wird immerhin von jeder bzw. jedem zweiten bis dritten der Befragungsteilnehmenden genannt.

Remonstration

„Verstößt eine ärztliche Anweisung gegen die anerkannten Regeln der Geburtshilfe, hat die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Ärztin oder den Arzt nachdrücklich darauf hinzuweisen und den Hinweis zu dokumentieren. Erkennt die Ärztin oder der Arzt den Einwand der Hebamme oder des Entbindungspflegers nicht an, hat die Hebamme oder der Entbindungspfleger gegebenenfalls die ärztliche Vorgesetzte oder den ärztlichen Vorgesetzten der Ärztin oder des Arztes zu informieren und auf deren oder dessen Hinzuziehung zu bestehen. Soweit es die geburtshilfliche Situation erlaubt, kann die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Durchführung der ärztlichen Anweisung verweigern.“
(Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) - Berlin, 2010 vom 9. November, §2, Absatz 4)

³ Remonstration (lat. remonstrare „wieder zeigen“) aus dem Beamtenrecht die unverzügliche Geltendmachung von Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit einer Weisung gegenüber dem unmittelbaren Vorgesetzten, der Vorgesetzten bzw. demjenigen, der die Weisung erteilt hat.

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten Gutachten

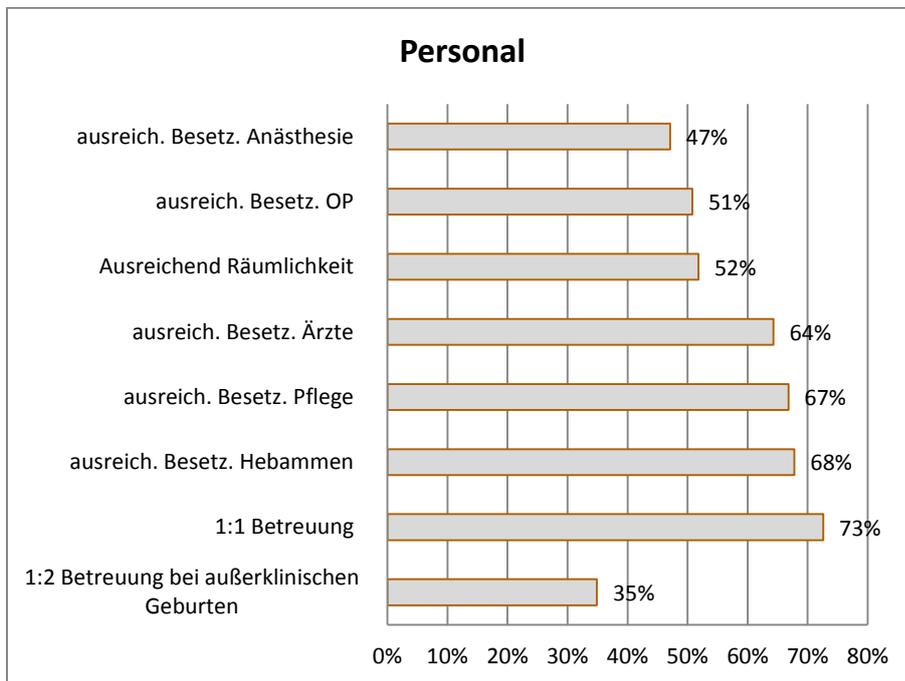


Abb. 31: Wünschenswerte Sicherheitsmaßnahmen: Personal

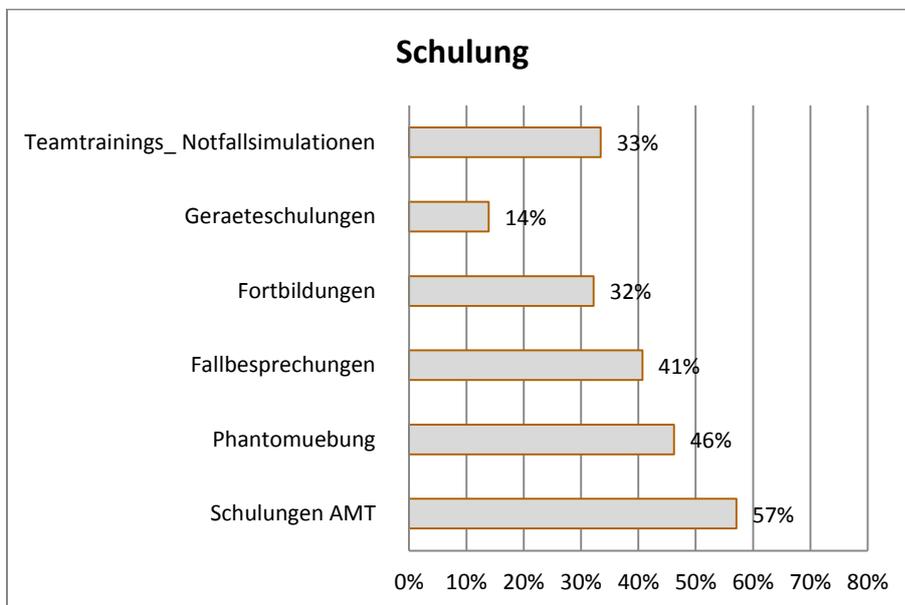


Abb. 32: Wünschenswerte Sicherheitsmaßnahmen: Schulung

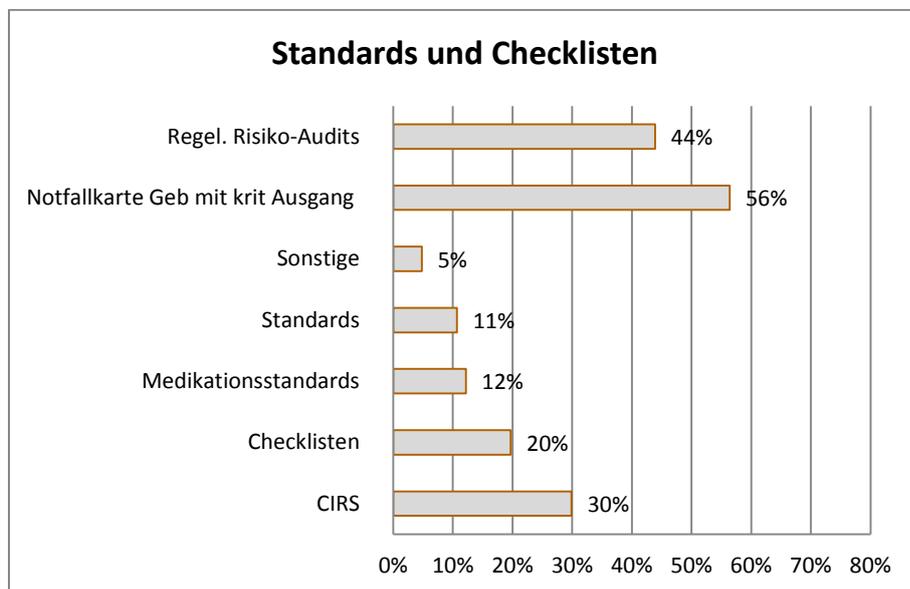


Abb. 33: Wünschenswerte Sicherheitsmaßnahmen: Standards und Checklisten

Angebotene und gewünschte Hilfsangebote nach einem Schadensereignis

Befragt nach angebotenen und wünschenswerten Hilfsangeboten wurde in 34.6% der Fälle davon berichtet, dass es kein Hilfsangebot gab.

Wenn es doch ein Hilfsangebot gab, war dies ein Gespräch mit den Kollegen (58.9%, N = 416). Professionelle Aufarbeitung gab es nur in 21.8% der Fälle (N = 154), obwohl dies am häufigsten als wünschenswert eingeschätzt wurde. 71.7% (N = 462) hätten demnach eine professionelle Aufarbeitung für wertvoll erachtet. Die Diskrepanz bei der Supervision ist ähnlich groß. In 14.2% der Fälle wurde diese nach dem Schadensfall angeboten, fast 60% wünschen sich jedoch eine Supervision (N = 385). In einem Drittel der Fälle wäre nach Einschätzung der Teilnehmerinnen- und Teilnehmer eine juristische Beratung hilfreich gewesen, dies wurde aber auch eher selten angeboten (15.7 %, N = 111). Die Freitextoption wurde genutzt, um von Fallbesprechungen (N = 13) und Familiengesprächen (N = 5) als Hilfsmaßnahmen zu berichten und sich eine bessere Fehlerkultur (N = 6), mehr Initiative durch die Leitung oder den Vorgesetzten (N = 3) sowie interdisziplinäre Nachbesprechungen auch mit den Eltern (N = 12) zu wünschen.

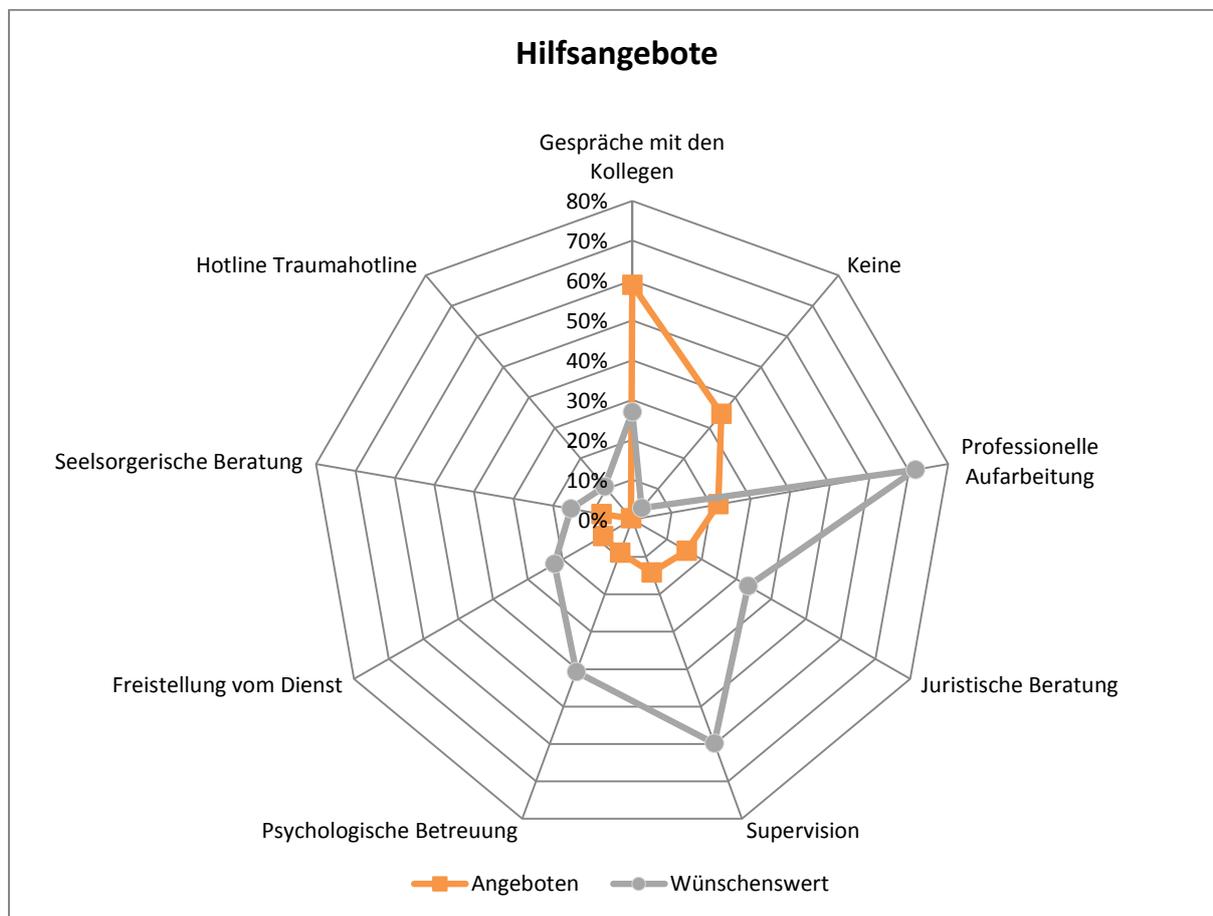


Abb. 34: angebotene und wünschenswert Hilfsangebote

Bei der Betrachtung der Antworten auf die Frage nach den Folgen des Geburtsschadens fällt auf, dass häufig nicht bekannt ist, ob ein Vergleich geschlossen, der Fall bei der Schlichtungsstelle ist oder ob es sich um einen abgeschlossenen Fall handelt.

V. Diskussion der Ergebnisse

Die hohe Anzahl der Befragten (576), die angaben, mehrmals Erfahrungen mit (vermuteten) Geburtsschäden gemacht zu haben, ist ein überraschendes Ergebnis und weist auf eine hohe und häufige Durchdringung der Berufspaxis mit diesem Thema hin.

2016 stellte der MDK in seiner jährlichen Behandlungsfehler-Begutachtung (Becker, Hofmann, Kowalski, & Skorning, 2017) über alle Fachgebiete hinweg 15.094 (2015: 14.828) Behandlungsfehlervorwürfe, bei 2.948 davon eine gutachterlich bestätigte Kausalität fest.

Für die Frauenheilkunde und Geburtshilfe (7% der Vorwürfe bei der Verteilung auf alle Fachgebiete) ergibt das 2016 folgendes Bild:

Tabelle 5: Behandlungsfehler lt. MDS Jahresstatistik2016 und Anzahl Geburten lt. QUAG e.V. 2016

Behandlungsfehlervorwürfe / Festgestellte Fehler	Ambulant Kreissaal	Hausgeburt/ Geburtshaus	Stationär Kreissaal	OPS 5-740 Sectio Caesarea	Never event⁴:
1.110 / 260 (23,4%)	24 / 3 (12,5%)	3 / 2 (66,7%)	285 / 64 (22,5%)	24 Fehler	5
Geborene Kinder 2016		10.365 ausserklin.	776.883 klinisch		

Bei der Jahresstatistik des MDK ist zu beachten, dass diese im wissenschaftlichen Sinne keine Behandlungsfehlerstatistik ist. Es gibt in Deutschland keine umfängliche oder zumindest repräsentative Erfassung von Behandlungsfehlern.

Die Hälfte der über die Online-Befragung im Rahmen dieses Gutachtens erfassten Fälle eines Geburtsschadens (N=352) fand in den letzten drei Jahren statt. Hier kann jedoch ein Selektionsbias vorliegen. Da die Befragung nicht auf einer repräsentativen Stichprobe beruht, ist es möglich, dass sie Befragungsteilnehmende angesprochen hat, die überdurchschnittlich häufig Erfahrungen mit Geburtsschäden gemacht haben. Eine nachgelagerte Studie bezüglich der Dunkelziffer der Betroffenen scheint daher aus Sicht des Gutachtenteams sinnvoll. Erste Ergebnisse einer noch nicht publizierten Studie aus Österreich mit 304 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Stand 2015) zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Geburtshelfer (hier Ärzte und Ärztinnen) Erfahrungen mit belastenden Situationen im Kreissaal haben, wie Tod des Kindes oder der Mutter, schwerer Geburtsschaden und andere unerwünschte Ereignisse, Behandlungsfehler. Die Belastung der Beteiligten wurde durch strukturelle und systemische Faktoren sowie dem Fehlen an adäquater Unterstützung verstärkt (Maier, 2015).

In diesem Zusammenhang ist erschreckend, dass Hilfsangebote zwar gewünscht, aber nicht vorhanden waren bzw. angeboten wurden. Menschen in Gesundheitsberufen können das zweite Opfer („second victim“) nach dem Patienten sein und es ist möglich, dass durch das Schadensereignis Schuldgefühle

⁴ Never event: Tod oder schwerer Schaden des Neugeborenen im Geburtsverlauf ohne vorbekannte Risikoschwangerschaft

und Depression bis hin zur Berufsunfähigkeit entstehen. Ohne entsprechende Aufarbeitung z.B. über Fallbesprechungen kann auch die Institution Krankenhaus oder Geburtshaus einen Vertrauensverlust und eine grundlegende Verunsicherung in der Abteilung erleben. Nicht umsonst fordert auch das Aktionsbündnis Patientensicherheit in seiner Handlungsempfehlung „Reden ist Gold“ (Barth u. a., 2017), Kommunikation nach einem Zwischenfall, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterstützt werden müssen.

Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen deutlich, dass viele Faktoren und Wechselwirkungen die Entstehung eines Geburtsschaden beeinflussen (im Schnitt wurden neun risikobehaftete Begleitumstände benannt).

In 64.9% der Fälle begünstigte eine mangelhafte Kommunikation und in 55,9% der Fälle Ressourcenmangel den Schadensverlauf. Diese Ergebnisse decken sich mit der Auswertung der Experteninterviews und der Literaturrecherche. Neben einer generell unzureichenden Kommunikation ist es insbesondere die interdisziplinäre Kommunikation, die in vielen Fällen (36.3%, N = 306) als mangelhaft wahrgenommen wurde. Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen den Faktoren Kommunikation und Team ($r = 0.55$) sowie mit unzureichender Kooperation ($r = 0.45$). Als genannte Teamfaktoren sind ausgeprägte hierarchische Strukturen (22.8%, N = 192), eine fehlende Fehlerkultur (21%, N = 177) und ungenügend Unterstützung bzw. unklare Anordnungen (20.7%, N = 174) aufgeführt worden. Besonders in diesem Bereich der Kommunikation und des gegenseitigen Respekts liegt viel Potenzial zur Fehlervermeidung und Risikominimierung.

Um effektive Sicherheitsmaßnahmen zu entwickeln und in der Geburtshilfe noch mehr umzusetzen (fast die Hälfte gab an, die im Fragebogen angegebenen Sicherheitsmaßnahmen nicht umzusetzen), muss die unterschiedliche Wahrnehmung der Risikofaktoren durch Hebammen und Ärzte und Ärztinnen berücksichtigt und weiter erforscht werden.

5.8 Open Space

Der Austausch auf dem Open Space wurde von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ebenso wie von den Expertinnen und Experten als konstruktiv, wertschätzend und zielführend wahrgenommen. Das Format der Veranstaltung ermöglichte eine vertiefende aber auch lebhaftere Bearbeitung der Themen:



Abb. 35: Open Space - Lösungsansätze

Zu den folgenden Themen wurde jeweils ein Tisch angeboten:

- Sicherheitskultur,
- Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- Schnittstellen klinische/außerklinische,
- Schnittstellen in der Klinik,
- Qualitätsmanagement/Risikomanagement,

- Dokumentation,
- Sichere Geburt aus Sicht der Eltern,
- forensischer Druck und
- strukturelle Gewalt in der Geburtshilfe.

Die übergeordnete Leitfrage an allen Tischen und in allen geführten Diskussionen war:

„Wie kommen wir zu einer sichereren Geburtshilfe?“.

Im Folgenden werden „tischübergreifend“ die genannten Instrumente bzw. Lösungsansätze zusammengefasst. Einzelne Diskussionsverläufe oder Aussagen einzelner Teilnehmer oder Teilnehmerinnen werden nicht nachgezeichnet oder zitiert.

Gemeinsame Ausbildungsmodulare für Ärzte und Ärztinnen und Hebammen

Die Implementierung gemeinsamer Ausbildungsmodulare von Ärzten und Ärztinnen und Hebammen wurde an den Tischen „Sicherheitskultur“ und „Fort-und Weiterbildung“ und beim offenen Tisch „Reduzierung des forensischen Drucks“ gefordert.

Die Ausbildungsmodulare sollten Kommunikation, Achtsamkeit, gegenseitige Wertschätzung und eine Sensibilisierung für die unterschiedlichen Berufsbilder beinhalten. In Form von Skill-Labs sollten zudem gemeinsam Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Bewältigung von Notfallsituationen schon in der Ausbildung trainiert werden.

Mit gemeinsamen Ausbildungsmodulen werde von Anfang an das Verständnis zwischen den Berufsgruppen aktiv gefördert.

Mehr Wissen über die eigene Psychohygiene, die psychosomatische Grundversorgung in der Geburtshilfe und die Berücksichtigung der psychischen Dimensionen bei der Geburt für Mutter und Kind sollte bereits in der Ausbildung vermittelt werden; auch als Hilfe bei der immer schwieriger werdenden Gesprächsführung mit den Eltern.

Fallbesprechungen

An den Tischen „Sicherheitskultur“, „Verbesserung der Zusammenarbeit in der Klinik“, „Qualitäts- und Risikomanagement“ und „Dokumentation“ wurde die Einführung bzw. Durchführung regelmäßiger interdisziplinärer strukturierter Fallbesprechungen als ein Baustein der sicheren Geburtshilfe gesehen.

Die Teilnehmenden sahen in einem strukturierten Austausch darüber hinaus, was bei einer Geburt gut gelaufen ist und was hätte besser laufen können, einen hohen Lerneffekt für jeden am Geburtsprozess Beteiligten. Außerdem förderten die Fallbesprechungen eine offene Fehlerkultur. Um einer Betriebsblindheit vorzubeugen, können auch regelmäßig externe Personen/Moderatoren eingeladen werden.

Jede Geburt wird nachbesprochen

Jede Geburt wird nachbesprochen – hierzu gab es unterschiedliche Aussagen: einige Teilnehmende meinten, jede Geburt müsse im Team z.B. bei Frühbesprechungen nachbesprochen werden. Andere Teilnehmende verstanden darunter, dass jede Geburt mit den Eltern nachbesprochen werden müsse, um zum einen die Zufriedenheit der Eltern zu ermitteln, die Bindung/das Vertrauen an die Klinik bzw. die Hebamme zu erhöhen und um frühzeitig mit den Eltern ggf. angstbesetztes Erleben bzw. Erfahrungen zu bearbeiten.

Strukturierte Übergaben

Ein großes Verbesserungspotential wird an verschiedenen Tischen in der Informationsweitergabe zwischen den Berufsgruppen und den Schichten gesehen. Es fehle an festgelegten Mindestinhalten, einer Struktur oder anderen Instrumenten, die die Informationsübergabe sicherstelle, erleichtere und dadurch Zeit spare und Risiken minimieren könnte. Angesprochen wurde auch, dass ein „Raster“ für die Übergabe aus einem Geburtshaus, einer Hausgeburt zum Behandlungsteam der Klinik erarbeitet werden solle.

Interprofessionelle Notfallschulungen

Fast an jedem Tisch wurden gemeinsame Notfalltrainings als effektives Instrument genannt. Grundsätzlich sollten alle an der Geburt Beteiligten gemeinsam Notfallsituationen trainieren und ein Feedback zu ihrem Verhalten und zu ihrer Professionalität erhalten.

Gemeinsame Notfall- und Verlegungstrainings wurden auch am Tisch „Verbesserung der außerklinischen und klinischen Geburtshilfe“ gefordert.

Ein „juristischer“ Notfallkoffer könnte zusätzlich Bestandteil der Schulungen sein.

Das Verwenden einer „gemeinsamen Sprache“ und das Erlernen von Kommunikationstechniken für Notfallsituationen sollten in die Trainings integriert sein.

An fast allen Tischen wurde über „Team“, „flache Hierarchien“ und den Umgang mit Fehlern gesprochen. Interprofessionelle Notfallschulungen wurden auch in diesen Zusammenhängen immer wieder als sinnvoll angesehen.

Fortbildungspflicht

Am Tisch Fort- und Weiterbildung wurde eine Fortbildungspflicht mit Registrierung vorgeschlagen. Dazu sollte ein verbindliches Curriculum entwickelt werden.

Standards und Leitlinien / evidenzbasierte Geburtshilfe / Checklisten

Fast an allen Tischen wurde über diesen Themenkomplex diskutiert. Am Tisch „Qualitätsmanagement“ wurden die Einführung, Schulung und Umsetzung von Standards diskutiert unter Berücksichtigung eines ausreichenden Personalschlüssels.

Am Tisch „Verbesserung der Zusammenarbeit in der Klinik“ wurden berufsgruppenübergreifende Standards gefordert, in denen Aufgaben und Verantwortlichkeiten klar geregelt sind.

Qualitätszirkel sind ein prospektives Instrument der Qualitätssicherung. Hier können neue Standards gemeinsam entwickelt und diskutiert werden.

Ein Standard für die Verlegung von Hausgeburten ins Krankenhaus, der genau die Abläufe und Absprachen beschreibt, wurde von den Teilnehmenden als sicherheitserhöhende Maßnahme gesehen.

Am Tisch „Dokumentation“ wurde über einen einheitlichen Dokumentationsstandard gesprochen, der festlegen könnte, welche Angaben und Formulare tatsächlich wichtig für eine rechtssichere Dokumentation sind.

In der offenen Diskussionsrunde „strukturelle Gewalt in der Geburtshilfe“ wurde kontrovers über das Verhältnis von Selbstbestimmungsrecht der Frau und in Kliniken angewandte Routinen und Standards gesprochen. Hier wurde bemängelt, dass aus Angst vor Haftung und forensischem Druck schneller interveniert werde.

Checklisten wurden dann als sinnvoll betrachtet, wenn sie nicht nur formale Dinge oder Nachweise abfragen, sondern für die Praxis hilfreich sind. Als sinnvolle Checklisten wurden benannt:

„Ikterusbogen im außerklinischen Bereich“, „Hausgeburtskoffer im außerklinischen Bereich“, „OP-Vorbereitung in der Klinik“ und „Dokumentation Schulterdystokie“. Außerdem wurden Checklisten in der Einarbeitung neuer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als hilfreich eingeschätzt.

Fehlermeldesysteme (CIRS)

Hier wurde der Wunsch nach einem eigenen geburtshilflichen Fehlermeldesystem geäußert, in dem auch Mütter/Eltern melden können.

Instrumente zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen außerklinischer und klinischer Geburtshilfe

An dem Tisch „Schnittstellen zwischen klinischem und außerklinischem Bereich“ wurde darüber diskutiert, wie eine gelingende Zusammenarbeit gefördert werden kann, wenn eine Hausgeburt in die Klinik verlegt werden muss. Immer wieder wurde genannt, dass eine vertrauensvolle Beziehung und ein konstruktiver Dialog zwischen Hebamme und Behandlungsteam der Klinik Voraussetzung für eine konstruktive Zusammenarbeit sei. Dies könne über Qualitätszirkel, gemeinsame Dienstbesprechungen und Kooperationsverträge geschehen, weiterhin über die Vorstellung der Frauen in der Klinik für die eine erhöhte Verlegungswahrscheinlichkeit gesehen werde und in gemeinsamen Nachbesprechungen bei Verlegungen.

Ein weiterer Aspekt an diesem Tisch war die Zusammenarbeit mit Notfallzentralen und Rettungssanitätern, die regional sehr unterschiedlich geschildert wurde. Auch hier wurden Lösungsmöglichkeiten in verbindlichen Standards und Absprachen, strukturierten Übergaben und Vorgaben zur Qualifikation und Besetzung der Rettungswagen (idealerweise mit Hebamme und Pädiater) diskutiert.

Eine wichtige Hilfestellung wurde in einem funktionierenden Netzwerk zu anderen Hebammen und einer Notfallliste gesehen.

Instrumente für eine (optimale) Dokumentation

Schon in der Ausbildung der Hebammen sollte Wert auf eine ordentliche, rechtssichere Dokumentation gelegt werden. Es gebe Kliniken, in denen Schülerinnen nicht dokumentieren dürfen.

Schulungen zur rechtssicheren Dokumentation und Aufklärung werden von vielen Teilnehmenden gewünscht und auch eine deutschlandweit einheitliche Dokumentation wird diskutiert.

Eine zeitnahe (und nicht nach Dienstende geschriebene) Dokumentation sollte auch durch einen ausreichenden Personalschlüssel gewährleistet sein, da ansonsten zu viele Informationen verloren gingen.

Kontrovers wurde über eine EDV-gestützte Dokumentation diskutiert: bessere Lesbarkeit gegenüber häufigen technischen Problemen und komplizierteren Abläufen.

Gewünscht wurde auch ein besserer Mutterpass, eine biopsychosoziale Anamnese in der frühen Schwangerschaftsbegleitung oder auch die Erhebung von Geburtsbiographien in der Familie.

Diskutiert wurde an diesem Tisch auch, dass Qualitätskriterien entwickelt werden sollten, was Geburtsschäden beim Kind und bei der Mutter (physisch und psychisch) sind und eine Datenbank erstellt werden sollte, in der Verläufe nach problematischen Geburten erfasst werden können.

Andere kontrovers diskutierte Themen während des Open Space Workshops:

Gerade in den offenen Gesprächsrunden, aber auch in Seitengesprächen an den Tischen wurden folgende Themen engagiert und oft kontrovers diskutiert:

- Qualitätssiegel für Gutachter und Gutachterinnen in Gerichtsprozessen (welche Kriterien und Qualifikation müssen Gutachter erfüllen?)
- Wie sieht ein guter Umgang mit Angst und Unsicherheit der Eltern sowie schlechten Vorerfahrungen in Kliniken aus?
- Wie gehen wir mit „traumatisierten“ Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen um (second victims)?
- Wie gehen (außerklinische) Hebammen mit dem ethischen Konflikt um, dass werdende Mütter sie unter Druck setzen und mit einer Alleingeburt drohen?
- Wie muss ein ausreichender Personalschlüssel in Kliniken aussehen?
- Fördert das derzeitige DRG-System eine Pathologisierung der Geburt?
- Ist ein Geburtsschadensfonds die Lösung für stabile Haftpflichtprämien?

Das Expertenteam sah nach der Auswertung des Open Space Workshops Lösungsansätze auf zwei unterschiedlichen Ebenen:

- Einführung von konkreten Instrumenten/Tools wie z.B. interdisziplinären Notfalltrainings oder Fallbesprechungen
- Veränderung der Kultur in der Geburtshilfe: Offener Umgang mit Fehlern, Aufbau von wirklichen interdisziplinären Behandlungsteams, offener Umgang mit Angst und Unsicherheit der Eltern und der Mitarbeitenden, Aufbau von Bewältigungsstrategien (coping skills), auch in Bezug auf den gefühlten forensischen Druck

5.9 Themenmarktplatz

Das Gutachtenteam erhielt ausgesprochen positives Feedback im Rahmen der Veranstaltungen und der durchgeführten Interviews. Eine der letzten Besucherinnen des Standes auf dem Perinataalkongress fasste zusammen, es sei dem Gutachtenteam gelungen, „einen geschützten Raum an einem öffentlichen Ort“ zu schaffen. So hätten sich „alle respektiert und eingeladen gefühlt, ihre Erfahrungen mit dem Team zu teilen. Es sei nicht gewertet, sondern ermuntert und zugehört worden.“

Die Gespräche und Eindrücke aus mehr als 200 Kontakten an dieser Stelle im einzelnen darzustellen, ist nicht möglich. Ähnlich wie beim Open Space Workshop ergeben sich zwei Ebenen der Betrachtung: konkrete Instrumente (Sicherheitsmaßnahmen) und Veränderungen der Rahmenbedingungen für die Geburtshilfe.

I. Sicherheitsmaßnahmen

Fortbildungen

Interdisziplinäre Fort-, Aus- und Weiterbildungen sowie Skill -Trainings, Kommunikationsschulungen und Simulation wurde nicht nur besonders häufig genannt (53). Viele der Gesprächspartner und -partnerinnen hatten eigene positive Erfahrungen vor allem mit **interdisziplinären Notfalltrainings**. Exemplarisch sei hier die Klinik Hallerwiese in Nürnberg genannt, wo regelmäßig Szenarien entwickelt und ca. fünf Simulationstrainings pro Jahr durchgeführt werden. Oder auch das Franziskushospital in Münster oder das Krankenhaus in Herdecke, die einmal pro Woche bei der Übergabe einen Notfall aufarbeiten. Hier werde die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation im Team gefördert.

Es helfe darüber hinaus, Hierarchien und Vorurteile innerhalb und zwischen den Berufsgruppen abzubauen.

Auf dem Themenmarktplatz wurden auch **intersektorale Simulationstrainings** mit Beteiligung der Rettungsdienste und der notärztlichen Versorgung gefordert. Von besonderer Bedeutung sei hier eine Einbeziehung in das Risiko- und Notfallmanagement. Wenn im Notfall die Zeit fehle, sei viel damit gewonnen, wenn Abläufe und Räumlichkeiten bekannt seien.

Eine interdisziplinäre Aus-, Fort- und Weiterbildung habe nach Ansicht der Gesprächspartnerinnen und -partner eine Verbesserung der Versorgung und der Zusammenarbeit zur Folge. Durch die Vermittlung gemeinsamer Inhalte könnte Ärztinnen und Ärzten die physiologische Geburt näher gebracht und Hebammen sowie Geburtshelfer für pathologische Verläufe sensibilisiert werden.

Das CTG wurde sowohl als wichtiges Fortbildungsthema gefordert, als auch insgesamt als solches kontrovers diskutiert („CTG abschaffen“). So wurden im Zusammenhang mit dem Ausbau der geburtshilflichen Expertise die Möglichkeiten in einer stärkeren Vernetzung auf fachlicher Ebene, der interdisziplinären Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien und Standards sowie die Verbreitung neuester wissenschaftlicher Erkenntnissen in die Praxis durch junge Hebammen gesehen. Dabei sei es jedoch wichtig, dass das Hebammenhandwerk auch erhalten bleibe und weitergegeben werde.

Fallbesprechungen

Eine Reihe von Gesprächspartnerinnen und -partnern berichtete über die Vorteile von interdisziplinären Fall- sowie Nachbesprechungen. Diese förderten ein kollektives Lernen, gegenseitiges Verstehen, sowie zielführende Kommunikation und den Aufbau einer positiven Fehler- und Sicherheitskultur. Mit einer konstruktiven und v.a. transparenten sowie angstfreien Fehlerkommunikation ließe sich ein Kulturwandel begünstigen. Auch hier ist der Wunsch nach einrichtungsübergreifenden Besprechungen groß. Gleichzeitig wurde auch von regionalen Qualitätsinitiativen berichtet, in denen Geburten auch intersektoral besprochen werden.

Supervision und Stärkung der eigenen Psychohygiene

Sehr viele Hebammen und auch ärztliche Gesprächspartnerinnen und -partner berichteten oft anhand von Fallvignetten, dass sie nach belastenden Geburtserlebnissen neben einer Fallbesprechung auch eine Aufarbeitung des eigenen Erlebens, des eigenen Umgangs mit Angst und Stress benötigen hätten. Niederschwellige Angebote seien notwendig, um arbeitsfähig zu bleiben.

Dokumentation und Übergabe

Eine gemeinsame Dokumentation und eine interdisziplinäre Übergabe sind nach Ansicht der Expertinnen und Experten ebenfalls effektive Sicherheitsmaßnahmen. Dabei sollte die Dokumentation einheitlich, digital und möglichst schnell sowie effizient auszufüllen sein. Das verbessere nicht nur die Zusammenarbeit und die Kommunikation, sondern verhindere Informationsverlust und schütze im Schadensfall.

Verbesserung der Zusammenarbeit klinische-außerklinische Geburtshilfe

In allen Gesprächen wurde die Notwendigkeit des Aufbaus von Vertrauen und Transparenz zwischen den Sektoren betont („wenn ich weiß, was du machst und wie du arbeitest, kann ich dir vertrauen“). Hier gibt es zahlreiche regionale Beispiele von Geburtshilfekonferenzen auf kommunaler Ebene, gemeinsamen Fortbildungen und Zusammenkünften auf Verbandsebene.

Hingewiesen wurde ebenfalls auf die Untersuchung der Klinik für Geburtsmedizin und der Sektion Neonatologie am Universitätsklinikum Jena zu „Verlegungsmanagement nach abgebrochener außerklinischer Geburt – Bestandaufnahme für den Zeitraum 2015-2016 in Jena“ . (Schneider, Jaekel, Liebers, & Schlußner, 2017)

II. Veränderung der Rahmenbedingungen für die Geburtshilfe

Zentralisierung

Ähnlich den aktuellen Ergebnissen einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hillienhof, 2018) berichteten Hebammen sowie Ärzte und Ärztinnen von abgemeldeten Kreißsälen (z.B. in München und Berlin) und den daraus entstehenden Problemen. Aus der Umfrage der DGGG ging hervor, dass zwischen Juni und November 2017 mehr als 35% der Kliniken Schwangere unter Geburt mindestens einmal abgewiesen haben; der häufigste Grund dafür war ein Mangel an Hebammenbetreuung.

Mehrfach wurden über die Folgen einer zunehmenden Zentralisierung durch die Schließung von Geburtskliniken kontrovers diskutiert.

Ergänzend dazu wurde auf dem Themenmarktplatz auch auf die 2018 laufende Untersuchung der Hochschule für Gesundheit in Bochum hingewiesen (Villmar & Bauer, 2017). Der Studienbereich

Hebammenwissenschaft untersucht in einer retrospektiven Kohortenstudie die Versorgungssituation mit Hebammenhilfe und geht der Frage nach, ob die geburtshilfliche Versorgung durch Hebammen gefährdet ist (Studie HebAB.NRW).

Finanzierung und Haftung

Eine Veränderung im Finanzierungssystem der Geburtshilfe („raus aus den DRG's“) wurde vor allem von Gesprächspartnern in Führungspositionen gefordert. Diskutiert wurden hierzu in erster Linie die ökonomischen Fehlanreize, die durch das DRG-System gesetzt werden.

Ein großer Diskussionspunkt war auch die Entwicklung der Haftpflichtprämien in Deutschland. Es wurde u.a. empfohlen, Alternativen für das derzeitige Haftungssystem zu schaffen, da dies eine defensive Geburtsmedizin fördere und Ängste schüre. Eine häufiger vorgeschlagene Alternative war eine Fondlösung, wobei kontrovers diskutiert wurde, inwieweit dies gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz verstoße und überhaupt umsetzbar sei.

Datenquellen und Qualitätssicherung

Die unterschiedliche Erfassungen in der klinischen Geburtshilfe (Perinatalstatistik) und in der außerklinischen Geburtshilfe über QUAG e.V. sowie die Qualitätsindikatoren waren weitere Themen.

6 Rechtsgutachten

6.1 Einführung

Das vorliegende Rechtsgutachten beleuchtet die Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten aus juristischer Sicht.

Das Haftungsrecht der Heilberufe und damit auch das Haftungsrecht der Hebammen werden wesentlich durch den Sachverständigenbeweis geprägt, da medizinische Fragestellungen in aller Regel im Mittelpunkt der Auseinandersetzungen stehen. Diese medizinischen Fragestellungen können Gerichte nur mit sachverständiger Hilfe klären.

Das Gutachten beleuchtet zunächst die gesetzlichen Regelungen für die Haftung, die nunmehr vor allem in den §§ 630a ff. BGB niedergelegt sind. Diese Regelungen geben den allgemeinen rechtlichen Rahmen vor. Die Vielgestaltigkeit der potentiell haftungsträchtigen Konstellationen bildet sich derweil in der Rechtsprechung zu den Streitfällen ab. Dem Gutachten liegt daher eine Analyse der veröffentlichten Rechtsprechung zur Haftung von Hebammen zugrunde. Die Auswertung basiert auf einer Recherche innerhalb des größten Recherche-Portals juris. Im Vordergrund steht die Rechtsprechung ab dem Jahr 2000, um vor allem die relevanten Konstellationen der jüngeren Vergangenheit zu erfassen.

Die Analyse der Rechtsprechung⁵ orientiert sich an den unterschiedlichen Aufgaben der Instanzen. Der Bundesgerichtshof als höchstes deutsches Zivilgericht befasst sich ausschließlich mit Rechtsfragen, so dass sich dieser Rechtsprechung die „Leitplanken“ für die rechtliche Einordnung von tatsächlichen Feststellungen ergeben.

Da die Klärung von medizinischen Fachfragen betrifft dagegen tatsächliche Umstände. Diese Umstände aufzuklären, ist Aufgabe der Instanzgerichte. Grundlage für die Darstellung ist insoweit eine Auswertung der Entscheidungen der Obergerichte.

6.2 Grundlagen der Haftung

Schadensersatzansprüche gegen Hebammen wegen beruflicher Fehlleistungen kommen nach allgemeinen haftungsrechtlichen Grundsätzen in Betracht. Dies gilt auch für die freiberuflich praktizierenden Hebammen.

I. Vertragliche und deliktische Haftung

Schadensersatzansprüche gegen freiberuflich tätige Hebammen sind unter zwei Gesichtspunkten möglich, nämlich einmal wegen der Verletzung von Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag und zum anderen unter dem Gesichtspunkt der unerlaubten Handlung.

⁵ Die nachfolgenden Rechtsprechungszitate beziehen sich, soweit der Bundesgerichtshof (BGH) zitiert wird, auf die amtliche Sammlung (www.bundesgerichtshof.de). Soweit obergerichtliche Entscheidungen zitiert werden, beziehen sich die Fundstellen- und Randnummerangaben auf juris.

Die Regelungen über den Behandlungsvertrag ergeben sich aus den §§ 630a ff. BGB. Auch die Tätigkeit von freiberuflichen Hebammen ist vom Anwendungsbereich der §§ 630a ff. BGB umfasst.⁶ Daneben kommen deliktische Schadensersatzansprüche in Betracht (unerlaubte Handlung). Die zentrale Rechtsgrundlage für solche Ansprüche ist § 823 Abs. 1 BGB. Es handelt sich um ein gesetzliches Schuldverhältnis. Ein Vertragsschluss ist also nicht Voraussetzung für eine Haftung. Anknüpfung für die Haftung ist hier die Tätigkeit selbst.

II. Haftungszüge

Es sind zwei Haftungszüge zu unterscheiden, und zwar die Haftung aus einem Behandlungsfehler und die Haftung aus einem Aufklärungsfehler. Die Haftungszüge stehen selbstständig nebeneinander.

a) Haftung aus Behandlungsfehler

Die Haftung aus einem Behandlungsfehler betrifft die Haftung für fachliche Fehlleistungen. Die Grundlage für die vertragliche Haftung von Hebammen findet sich in §§ 280 Abs. 1, 630a Abs. 2 BGB. Die Vorschrift des § 630a Abs. 2 BGB definiert den Umfang des aus einem Hebammenvertrag Geschuldeten. Die Vorschrift lautet:

„Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“

Die Hebamme schuldet daher aus dem Vertrag nicht einen bestimmten Behandlungserfolg, sondern das fachgerechte Bemühen um diesen Erfolg. Wichtig ist die Bezugnahme auf den Zeitpunkt der Behandlung. Ein Behandlungsfehler darf nicht angenommen werden, wenn sich das Verhalten erst aufgrund späterer Erkenntnisse als fehlerhaft erweist.⁷

Die nach dem Wortlaut des Gesetzes eröffnete Möglichkeit für eine abweichende Vereinbarung ist unklar. Es spricht viel dafür, eine abweichende Vereinbarung im Sinne einer Standardunterschreitung

⁶ Vgl. BR-Drs. 312/12, S. 24.

⁷ Vgl. zur umgekehrten Konstellation OLG Köln, Urteil vom 18.04.2012, 5 U 172/11, Rn. 29: Weicht die Behandelnde zum Zeitpunkt der Behandlung vom Standard ab, so kann dies nicht als fehlerhaft gewertet werden, wenn dieses Verhalten später als Standard anerkannt wurde.

jedenfalls im Regelfall als Verstoß gegen ein Verbotsgesetz⁸ (vgl. etwa § 2 Abs. 1 HebBO NRW) gemäß § 134 BGB nichtig anzusehen.⁹

Der Haftungsgrund unterliegt bei der Haftung aus einem Behandlungsfehler drei kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen:

- Behandlungsfehler = Unterschreitung des zum Zeitpunkt der Behandlung maßgeblichen Standards einer Hebamme.
- Gesundheitsschaden = Zusätzlicher, über eine etwaige Grunderkrankung hinausgehende Beeinträchtigung der körperlichen Integrität.
- Kausalität = Zwischen dem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden muss ein ursächlicher Zusammenhang bestehen. Das bedeutet: Es darf sich nicht lediglich das Risiko einer Grunderkrankung oder ein allgemeines Behandlungsrisiko realisiert haben.

Zwischen den vertraglichen und deliktischen Haftungsvoraussetzungen besteht ein Gleichklang. Es ist daher im Ergebnis unerheblich, ob die Ansprüche auf einen Vertrag oder die deliktische Norm des § 823 Abs. 1 BGB gestützt werden.

b) Haftung aus Aufklärungsfehler

Neben der Haftung aus einem Behandlungsfehler steht die Haftung aus einem Aufklärungsfehler. Gemäß § 630d Abs. 1 BGB ist der Behandelnde vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt nach § 630d Abs. 2 BGB voraus, dass der Patient ordnungsgemäß aufgeklärt worden ist. Die ordnungsgemäße (Selbstbestimmungs-) Aufklärung in diesem Sinne muss sich insbesondere auf Risiken und Alternativen erstrecken und hat mündlich zu erfolgen (§ 630e Abs. 2 BGB).

Die Haftung aus einem Aufklärungsfehler setzt kumulativ voraus:

⁸ Verbotsgesetze im Sinne von § 134 BGB sind auch untergesetzliche Regelungen wie Berufsordnungen, vgl. Ellenberger, in: Palandt, BGB, 76. Auflage, § 134 Rn. 2 m. w. N.

⁹ *Middendorf/Bergmann*, in: Bergmann u.a., *Gesamtes Medizinrecht*, 2. Auflage, § 630a Rn. 86. Vgl. zu möglichen Ausnahmekonstellationen Lafontaine, in: *juris-PK BGB*, 8. Auflage, § 630a Rn. 471 ff.

- Aufklärungspflichtverletzung = Es mangelt an einer den Anforderungen des § 630d/e BGB genügenden Aufklärung.
- Gesundheitsschaden = Es muss zu einem Gesundheitsschaden gekommen sei (vgl. die Ausführungen zu a).
- Kausalität = Der Einwilligungsmangel muss für den Eintritt des Gesundheitsschadens ursächlich geworden sein.

III. Beweisregeln

Das Beweisrecht ist für das Haftungsrecht von elementarer Bedeutung, da sich bei der Beurteilung von Geburten häufig schwierige Kausalitätsfragen ergeben. Es ist in vielen Fällen schwer abgrenzbar, welche Faktoren tatsächlich zu der Schädigung des Kindes geführt haben. Hier ist entscheidend, welche Partei unter welcher Voraussetzung die Last einer mangelnden Aufklärbarkeit des Geschehens trägt.

a) Haftung aus Behandlungsfehler

aa)

Die Haftung aus einem Behandlungsfehler folgt zunächst den Beweisregeln des allgemeinen Schadensersatzrechts. Das bedeutet, dass ein möglicherweise geschädigtes Kind als Anspruchsteller im Falle einer Schädigung die ihm günstigen Voraussetzungen beweisen muss. Bezogen auf die Ausführungen unter 2. a) bedeutet dies, dass das Kind

- den Behandlungsfehler
- den Gesundheitsschaden
- den Kausalzusammenhang

beweisen muss. Das Beweismaß ist das des § 286 ZPO (Vollbeweis). Das bedeutet, dass der Geschädigte die Haftungsvoraussetzungen in der Weise zur Überzeugung des Gerichts beweisen muss, dass Zweifeln schweigen geboten ist, ohne sie gänzlich auszuschließen.¹⁰

bb)

Das Gesetz sieht in § 630h BGB für bestimmte Fälle Ausnahmen von der regulären Beweislastverteilung vor. Die bedeutsamste Fallgruppe ist die Beweislastumkehr wegen eines **groben Behandlungsfehlers**, § 630h Abs. 5 BGB. Die Vorschrift gibt zum einen die allgemeinen Grundsätze des groben

¹⁰ BGH, Urteil vom 16.04.2013, VI ZR 44/12, Rn. 8 m. w. N.

Behandlungsfehlers und zum anderen die ebenfalls zu einer Beweislastumkehr führenden Grundsätze des **Befunderhebungsfehlers** wieder.

(1)

Ein grober Behandlungsfehler kommt auch bei einer Betreuung einer Geburt durch eine Hebamme in Betracht.¹¹ Ein grober Behandlungsfehler ist nach ständiger Rechtsprechung, die insoweit auch im Patientenrechtegesetz fortgelten soll, dann gegeben, wenn ein eindeutiger Verstoß gegen bewährte Regeln der Heilbehandlung oder gesicherte medizinische Erkenntnisse vorliegt und der Verstoß so gravierend ist, dass er aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil dem Behandelnden schlechterdings nicht unterlaufen darf.¹²

Liegt ein solcher elementarer Verstoß gegen Behandlungsregeln vor, dann greift eine **Beweislastumkehr** in Bezug auf die **haftungsbegründende Kausalität**. Zum Nachweis der haftungsbegründenden Kausalität ist es dann ausreichend, wenn die Pflichtverletzung grundsätzlich geeignet ist, den eingetretenen Gesundheitsschaden herbeizurufen. Es handelt sich um eine widerlegliche Vermutung im Sinne von § 292 ZPO. Die Behandlerseite kann in diesen Fällen (was de facto aber nur äußerst selten gelingt) also den Nachweis führen, dass der in Rede stehende Fehler sich nicht auf den Gesundheitszustand des Kindes ausgewirkt hat. Dies setzt aber voraus, dass ein entsprechender Kausalzusammenhang sich als gänzlich unwahrscheinlich erweist.¹³

(2)

Zu einer Beweislastumkehr kommt es auch, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre (§ 630h Abs. 5 Satz 2 BGB).¹⁴ Die Beweislastumkehr greift somit ein, wenn drei Voraussetzungen erfüllt sind:

¹¹ Klarstellend bereits zur Rechtslage vor Einführung der §§ 630a ff. BGB: OLG Frankfurt am Main, Urteil vom 24.05.2016; OLG Bamberg, Urteil vom 25.04.2005, 4 U 16/04.

¹² BGH, Urteil vom 20.09.2011, VI ZR 55/09, Rn. 10 m. w. N.

¹³ Vgl. das Beispiel OLG Oldenburg, Urteil vom 19.12.2007, 5 U 107/06, Rn. 67: gänzlich unwahrscheinlich, dass durch die Hebamme verursachte Verzögerung beim Herbeirufen des eines Arztes Einfluss auf das Outcome hatte.

¹⁴ Vgl. insoweit auch die der Regelung zugrundeliegende Rechtsprechung, z. B. BGH, Urteil vom 09.01.2007, VI ZR 59/06, Rn. 22 m. w. N.

- Befunderhebungs-/Befundsicherungsfehler = Es ist unterlassen worden, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern.
- Hinreichende Wahrscheinlichkeit eines reaktionspflichtigen Befundes = Es müsste sich in der rückschauenden Betrachtung eine hinreichende (= überwiegende, also mehr als 50 %ige) Wahrscheinlichkeit ergeben haben, dass ein reaktionspflichtiges Ergebnis zu Tage gefördert worden wäre.
- Das Unterlassen einer Reaktion auf das hypothetisch reaktionspflichtige Ergebnis wäre grob fehlerhaft (Kriterien des § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB).

b) Haftung aus Aufklärungsfehler

Die Haftung aus einem Aufklärungsfehler unterliegt anderen Beweisregeln.

aa)

Das Gesetz weist in § 630h Abs. 2 BGB dem Behandelnden die Beweislast dafür zu, „*dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat*“.

Bestreitet die Patientin eine hinreichende (Selbstbestimmungs-) Aufklärung, dann obliegt es der Hebamme, den Nachweis zu führen, dass die Aufklärung in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Anforderungen erfolgt ist. Gleiches gilt für den Fall, dass tatsächlich ein Aufklärungsmangel besteht, die Hebamme sich aber darauf beruft, dass die Patientin auch im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung eingewilligt hätte (§ 630h Abs. 2 Satz 2 BGB). Auch für diese Behauptung ist die Hebamme beweibelastet. Anzumerken ist aber bereits an dieser Stelle, dass die Haftung wegen einer Verletzung der (Selbstbestimmungs-) Aufklärung in der forensischen Praxis jedenfalls bisher praktisch keine Rolle gespielt hat.¹⁵

bb)

Ebenso wie bei der Haftung aus einem Behandlungsfehler muss die Patientenseite dagegen den Kausalzusammenhang zwischen dem Einwilligungsmangel und dem Gesundheitsschaden führen. Dies

¹⁵ Vgl. dazu die Ausführungen sub IV. 2.

kann im Streitfall vor allem bei vermeintlichen Mängeln bei der Aufklärung über Behandlungsalternativen eine wesentliche Rolle spielen.¹⁶ Auch muss die Patientenseite das Vorliegen eines Gesundheitsschadens nachweisen. Es ist also vom Patienten im Streitfall zu beweisen, dass die streitige Gesundheitsschädigung nicht schon vor der angegriffenen Behandlung bestand.

cc)

Abzugrenzen ist die Haftung wegen Mängeln der (Selbstbestimmungs-) Aufklärung unterdessen von Fehlern bei der therapeutischen Information (§ 630c Abs. 2 BGB, auch Fehler in der therapeutischen Aufklärung oder therapeutischen Sicherungsaufklärung genannt).¹⁷

6.3 Rechtsstellung der Hebammen im Arzthaftungsrecht

Die Rechtsstellung der freiberuflich tätigen Hebammen wird im Arzthaftungsrecht durch den berufsrechtlichen Rahmen geprägt. Dieser spiegelt sich auch in der haftungsrechtlichen Aufgabenabgrenzung wider.

I. Berufsrechtlicher Rahmen

Zentrale Rechtsgrundlagen für die Ausübung des Berufs der Hebamme und des Entbindungspflegers sind das Hebammengesetz (HebG) und die konkretisierenden landesrechtlichen Regelungen.

Aus dem Hebammengesetz ergibt sich zunächst die grundsätzliche Erlaubnispflichtigkeit zum Führen der Berufsbezeichnung Hebamme oder Entbindungspfleger. Das Hebammengesetz betrifft in erster Linie den Berufszugang. § 4 HebG regelt die vorbehaltenden Tätigkeiten. Nach § 4 Abs. 1 HebG sind zur Leistung von Geburtshilfe, abgesehen von Notfällen, außer Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme oder Entbindungspfleger sowie gesondert legitimierte Dienstleistungserbringer berechtigt. Die Geburtshilfe in diesem Sinne umfasst die Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufes (§ 4 Abs. 2 HebG).

¹⁶ vgl. BGH, Urteil vom 07.02.2012, VI ZR 63/11

¹⁷ Vgl. zur Abgrenzung und zu der durch das Patientenrechtegesetz geänderten Terminologie Wever, in: Bergmann u.a., *Gesamtes Medizinrecht*, 2. Auflage, § 630c Rn. 1 ff.

Die Rechtsstellung wird durch Landesrecht weiter konkretisiert. Zu nennen sind die jeweiligen Landeshebammenengesetze sowie die Berufsordnungen für Hebammen und Entbindungspfleger.

Neben der generalklauselartig festgehaltenen Verpflichtung, den Beruf nach dem Stand der jeweiligen medizinischen, psychologischen, soziologischen und geburtshilflichen Erkenntnisse gewissenhaft auszuüben (vgl. etwa § 2 Abs. 1 HebBO NRW), finden sich in den Berufsordnungen auch Vorschriften zur Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit. So sieht § 3 HebBO NRW vor, dass Hebammen und Entbindungspfleger aus Maßnahmen zur Infektionsverhütung hinzuwirken haben, auf Regelwidrigkeiten und Risikofaktoren zu achten und gegebenenfalls für ärztlichen Beistand zu sorgen haben. Auf Wunsch der Gebärenden ist ärztliche Hilfe hinzuzuziehen. Ausdrücklich ist beispielhaft in § 3 Abs. 2 HebBO NRW¹⁸ festgehalten:

„Das Behandeln pathologischer Vorgänge bei Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen ist Ärztinnen und Ärzten vorbehalten.“

Diese berufsrechtliche und damit öffentlich rechtliche Aufgabenzuweisung spiegelt sich in der haftungsrechtlichen Beurteilung wider. Das öffentlich-rechtliche Berufsrecht prägt die zivilrechtlichen Pflichten. Danach ist es auch zivilrechtlich als Pflichtverletzung anzusehen, wenn Verstöße gegen die Vorgaben der Berufsordnung erfolgen, insbesondere im Hinblick auf die Aufgabenteilung bei der Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit.¹⁹

6.4 Aufgabenteilung im Verhältnis zum Arzt/zur Ärztin bzw. zum Krankenhaus

Ausgehend von den oben genannten berufsrechtlichen Begrenzungen der Kompetenzen sind in der Rechtsprechung die Verantwortungsbereiche unter Bezugnahme auf das Berufsrecht konkretisiert worden.

¹⁸ Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger Nordrhein-Westfalen vom 06.06.2017, in Kraft seit dem 29.06.2017, GV NRW S. 616.

¹⁹ OLG Hamm Urteil vom 14.09.2009, 3 U 9/08.

a) Reichweite der Kompetenzen

Die Rechtsprechung hat betont, dass die Kompetenzen der Hebammen, gleich ob freiberuflich oder angestellt tätig, dort enden, wo Geburtsanomalien zu Tage treten. Wenn trotz erkennbarer Anomalien eine ärztliche Unterstützung nicht hinzugezogen wird, dann ist dies behandlungsfehlerhaft; wird hiervon bewusst abgesehen, dann handelt es sich um eine ebenfalls als behandlungsfehlerhaft anzusehende Kompetenzüberschreitung.²⁰

Mit dieser Rolle korreliert der Umstand, dass eine Hebamme für Versäumnisse in einer Entbindung dann nicht einzustehen hat, wenn eine ärztliche Geburtshelferin oder ein ärztlicher Geburtshelfer anwesend ist und diese die Verantwortung für die zu treffenden Entscheidungen trägt.²¹

Liegt die besondere Situation vor, dass neben der Hebamme lediglich ein unerfahrener Assistenzarzt oder Assistenzärztin anwesend ist, dann ist es grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass bei einer bevorstehenden Geburt, bei sich zunächst keine Risikokonstellation abzeichnet, die erfahrene Hebamme die Geburtsleitung übernimmt. Insofern bleibt es aber auch bei dem Grundsatz, dass dann, wenn sich pathologische Zustände, wie etwa eine Schulterdystokie, zeigen, fachärztliche Unterstützung herbeizurufen ist.²²

In zeitlicher Hinsicht ist für die Abgrenzung von Bedeutung, dass der in Rufbereitschaft wartende Belegarzt oder Belegärztin erst ab dem Zeitpunkt einzustehen hat, in welchem die Leitung der Geburt zu seiner Vertragsaufgabe geworden ist. Durch einen zuvor erteilten zutreffenden telefonischen Rat wird der Arzt oder Ärztin noch nicht zum verantwortlichen Geburtsleiter.²³

b) Bedeutung des Hinzuziehungsgebotes

Eine gesetzliche Regelung zur Aufgabenteilung ist das Hinzuziehungsgebot nach § 4 Abs. 1 Satz 2 HebG. Danach ist die Ärztin/der Arzt *„verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger hinzugezogen wird“*. Diese Regelung führt dazu, dass bei

²⁰ OLG Hamm, Urteil vom 14.09.2009, 3 U 9/08. Vgl. zu der Differenzierung auch die weiteren Ausführungen unter IV. 1.

²¹ Vgl. zum Zurechnungszusammenhang auch LG Osnabrück, ZMGR 2011, 25 ff.: Danach ist die für den Krankenhausträger tätig werdende Hebamme nur dessen Erfüllungsgehilfin, nicht aber Erfüllungsgehilfin eines angestellten Krankenhausarztes.

²² OLG Stuttgart, Urteil vom 08.07.2003, 1 U 104/02.

²³ OLG Koblenz, Urteil vom 05.02.2009, 5 U 854/08.

physiologischen Geburtsvorgängen die Hebamme die Geburt alleine leiten darf. Die Ärztin/der Arzt ist dagegen verpflichtet, eine Hebamme hinzuzuziehen. Haftungsrechtlich spielt diese Verpflichtung in der Rechtsprechung keine Rolle, was daraus zu erklären ist, dass gerade die nicht normal verlaufenden Geburten der Gegenstand von Auseinandersetzungen sind. Dort ist vielfach die mangelnde Hinzuziehung eines Arztes ein zentraler Streitpunkt, nicht jedoch die unterlassene Hinzuziehung der Hebamme.²⁴

6.5 Rechtsprechungsanalyse

Für die Ermittlung der Haftungsrisiken von freiberuflichen Hebammen ist die Analyse der Rechtsprechung unverzichtbar, da dort die Streitfragen konkret abgebildet werden. Bei der Auswertung ist die publizierte Rechtsprechung ab dem Jahr 2000 berücksichtigt. Soweit nicht geänderte medizinische Maßstäbe heute eine abweichende Beurteilung bestimmter Fälle gebieten, kann die Rechtsprechung jedenfalls zur Analyse von haftungsrechtlichen Risikofaktoren herangezogen werden, da sich materiell-rechtlich durch die Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes²⁵ mit der Einführung der §§ 630a ff. BGB insoweit keine anderen Maßstäbe ergeben haben.

6.6 Haftung aus Behandlungsfehler

Bei der Auswertung der Rechtsprechung zur Haftung aus einem Behandlungsfehler zeigen sich verschiedene typische Fehlerquellen bei der Arbeit von Hebammen. Da der Standard grundsätzlich einheitlich zu beurteilen ist (vgl. II.), gelten die Grundsätze, die für angestellte Hebammen formuliert wurden, auch für freiberuflich tätige Hebammen.

a) Fehlinterpretation von CTG

Die häufigste Fallgestaltung, die in der Rechtsprechung zur Hebammenhaftung erscheint, ist die Fehlinterpretation von CTG und das damit zusammenhängende Unterlassen der Hinzuziehung ärztlicher Unterstützung.²⁶ Die Rechtsprechung verweist hierbei auf die etablierten Grundsätze der

²⁴ Vgl. dazu die Rechtsprechungsanalyse sub IV.

²⁵ Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013, BGBl. I, S. 277, in Kraft seit dem 26.02.2013,

²⁶ OLG Bamberg, Urteil vom 01.08.2011, 4 U 38/09; OLG Hamm, Urteil vom 25.11.2009, 3 U 192/08; Urteil vom 14.09.2009, 3 U 9/08; OLG Oldenburg, Urteil vom 28.05.2008, 5 U 28/06; Urteil vom 19.12.2007, 5 U 207/06; OLG Koblenz, Urteil vom

geburtshilflichen Zusammenarbeit und verweist auf das Berufsrecht der Hebammen.²⁷ Danach ist die Hebamme berechtigt, in eigener Verantwortung Normalgeburten bei Schädellage einschließlich Dammschnitt durchzuführen sowie das Nähen eines unkomplizierten Dammschnittes oder Dammrisses oder im Dringlichkeitsfall die Durchführung von Beckenendlagegeburten. Nach den Berufsordnungen der Hebammen (vgl. etwa § 3 Abs. 2 HebBO NRW, § 2 Abs. 3 Nr. 7 und Nr. 8 BayHebBO, § 1 Abs. 3 Nr. 7 und Nr. 8 NHebG) ist das Behandeln pathologischer Vorgänge jedoch grundsätzlich Ärzten vorbehalten.²⁸

Wird ein CTG vorwerfbar fehlerhaft als nicht pathologisch interpretiert, dann handelt es sich um einen Diagnosefehler. Das Unterlassen der in dieser Situation eigentlich gebotenen Hinzuziehung ärztlicher Unterstützung ist dann die Folge dieses Diagnosefehlers und der Hebamme zuzurechnen. Derartige Versäumnisse sind Behandlungsfehler im Sinne von §§ 280 Abs. 1, 630a Abs. 2 BGB.

Zu berücksichtigen ist hierbei, dass eine objektive Fehlinterpretation erhobener Befunde grundsätzlich nur mit Zurückhaltung als behandlungsfehlerhaft gewertet werden sollte.²⁹ Maßgeblich bleibt immer die sachverständige Beurteilung im Einzelfall. Ist die Interpretation aus der fachspezifischen Sicht unvertretbar, dann ist ein vorwerfbarer Behandlungsfehler anzunehmen.

b) Unzureichende Aufzeichnung von CTG

Von der Fallgruppe der fehlerhaften Interpretation von CTG ist die unterlassene oder nicht vollständige Anfertigung von CTG zu einem bestimmten Zeitpunkt zu unterscheiden. Die Unterscheidung ist deshalb von Bedeutung, weil das Unterlassen gebotener CTG-Aufzeichnungen als Befunderhebungsfehler im Sinne von § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB anzusehen ist und daher verschärfte beweisrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.

03.05.2007, 5 U 567/05; OLG München, Urteil vom 20.06.2002, 1 U 3930/95; OLG Karlsruhe, Urteil vom 16.05.2001, 7 U 46/99; OLG Stuttgart, Urteil vom 19.09.2000, 14 U 65/99.

²⁷ OLG Hamm, Urteil vom 14.09.2009, 3 U 9/08.

²⁸ Einschränkungen bestehen in Notfällen bei fehlender ärztlicher Hilfe, siehe auch insoweit die zitierten berufsrechtlichen Vorschriften.

²⁹ Grundlegend BGH, Urteil vom 08.07.2003, VI ZR 304/02, S. 5 f.

Die Rechtsprechung hat hier beispielsweise die unzureichende Überwachung der Herztöne mittels CTG bei der Austreibung als behandlungsfehlerhaft beanstandet.³⁰ Auch eine nur akustische Überwachung mittels eines Sonicaid-Gerätes bei Aufnahme einer Schwangeren wurde als fehlerhaft kritisiert.³¹ Fehlerhaft kann zudem eine unzureichende Wehenregistrierung aufgrund Unterbrechung der CTG-Schreibung sein.³²

Entscheidend ist hier, ob die fachspezifische Sorgfalt der Hebamme es gebietet, zu einem bestimmten Zeitpunkt und über eine bestimmte Dauer das Schreiben eines CTG zu veranlassen. Die Vorschrift des § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB hat ausdrücklich eine zeitliche Dimension, da die Grundsätze über den Befunderhebungsfehler nicht nur dann eingreifen, wenn eine Befunderhebung gänzlich unterlassen wurde, sondern auch dann, wenn es versäumt wurde, gebotene Befunde *rechtzeitig* zu erheben („[...] *unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben* [...]).“

c) Kompetenzüberschreitungen

Ein besonderer Fall auf eine nicht adäquate Reaktion auf ein pathologisches CTG oder andere pathologische Zustände stellt die Situation dar, in der die Anomalie des Zustandes zwar von der Hebamme erkannt wird, auf das Hinzuziehen der ärztlichen Hilfe aber gleichwohl verzichtet wird (z. B. in der Überzeugung, die Situation selbst beherrschen zu können). In einer solchen bewussten Fortführung der Geburtshilfe bzw. in dem bewussten Verzicht auf die Herbeiholung ärztlichen Beistandes sieht die Rechtsprechung eine eigenständige Fallgruppe, nämlich die sogenannte Kompetenzüberschreitung.

So hat das OLG Hamm es nicht lediglich als reinen Diagnosefehler gewertet, dass trotz kindlicher Tachykardien ein Arzt oder Ärztin nicht hinzugerufen wurde und überdies ein Wehentropf ohne ärztliche Autorisation und Information eingesetzt wurde. Liegt tatsächlich eine Situation vor, in der sich eine Hebamme des Umstandes bewusst ist, dass das CTG nicht normal war, dann ist, über den

³⁰ KG, Urteil vom 04.04.2011, 20 U 111/08, Rn. 28 ff.

³¹ OLG Köln, Urteil vom 31.01.2005, 5 U 130/01, Rn. 57 ff.

³² OLG Oldenburg, Urteil vom 19.5.2004, 5 U 138/00.

Diagnosefehler hinaus, von einer behandlungsfehlerhaften Kompetenzüberschreitung auszugehen.³³

Eine solche Kompetenzüberschreitung trägt die größere Gefahr in sich, als unverständlicher und elementarer Verstoß gegen Pflichten angesehen zu werden, so dass der Rückschluss auf einen groben Behandlungsfehler mit den verschärften beweisrechtlichen Konsequenzen näher liegt.³⁴

Eine solche Kompetenzüberschreitung ist auch für den Fall des Einsatzes eines Oxytocin-Wehentropfes ohne ärztliche Rücksprache angenommen worden. Eine solche eigenverantwortliche Indikationsstellung gestatte das Berufsrecht der Hebammen ohne ärztliche Anordnung nicht.³⁵

Eine Kompetenzüberschreitung (bei gleichzeitiger Annahme eines groben Behandlungsfehlers) ist der Sache nach auch für eine Situation angenommen worden, in der eine Hebamme es unterlassen hatte, trotz ärztlichen Rates für eine Schnittentbindung bei einer Hochrisikokonstellation (monochorisch-monoamniotische Zwillingschwangerschaft) einen Arzt oder Ärztin hinzuziehen.³⁶ Auch die tatsächliche Übernahme der Geburtsleitung trotz Zuständigkeit (in concreto: wegen Vorliegens einer Schulterdystokie) und Anwesenheit eines Arztes oder Ärztin durch eine Hebamme ist eine solche Kompetenzüberschreitung.³⁷

d) Mangelnde Intervention

Eine weitere Fallgruppe, in dem es zu einer Haftung einer Hebamme im Zusammenhang mit dem Geburtsvorgang kommen kann, ist das Unterlassen einer Intervention bei erkennbaren ärztlichen Fehlern.

aa)

Grundsätzlich scheidet eine Haftung der Hebamme aus, sobald die Geburtsleitung von einem Arzt/einer Ärztin übernommen wurde. Ab dem Zeitpunkt der Übernahme der Geburtsleitung geht die Verantwortung für das weitere Geschehen auf den Arzt/die Ärztin über. Vom Zeitpunkt der

³³ OLG Hamm, Urteil vom 14.09.2009 - 3 U 9/08, Rn. 27 ff., 44.

³⁴ OLG Hamm, Urteil vom 14.09.2009 - 3 U 9/08, Rn. 63 ff. In Rn. 68 werden die Versäumnisse der Hebammen in diesem Fall sogar als „grob fahrlässig“ bezeichnet, vgl. insoweit die Ausführungen zu § 134a Abs. 5 SGB V unter VI.

³⁵ OLG Hamm, Urteil vom 14.09.2009 - 3 U 9/08, Rn. 46 ff.

³⁶ OLG Naumburg, Urteil vom 10.03.2010, 1 U 36/09, Rn. 34 ff.

³⁷ OLG Karlsruhe, Urteil vom 26.10.2005, 7 U 159/04, Rn. 22 ff.

Übernahme an ist die Hebamme aus rechtlicher Perspektive Gehilfin des Arztes oder der Ärztin. Der die Behandlung leitende Arzt oder Ärztin haftet dann vertraglich nach § 278 BGB oder deliktisch nach § 831 BGB auch für etwaiges Fehlverhalten der Hebamme. Die Hebamme ist in dieser Situation den Weisungen des Arztes oder Ärztin unterworfen und damit aber auch gleichzeitig grundsätzlich von einer eigenen Verantwortung befreit.³⁸

bb)

Diese Grundsätze finden jedoch dann keine Anwendung, wenn die Hebamme trotz Übernahme der Behandlung durch den Arzt oder Ärztin aufgrund ihrer geburtshilflichen Ausbildung erkennt oder erkennen muss, dass das Handeln des Arztes oder einer Ärztin vollkommen regelwidrig und unverständlich ist, sie aber gleichwohl nicht remonstriert.³⁹ Als Beispiele aus der Rechtsprechung sind folgende Konstellationen zu nennen:

- Fortsetzung einer Wassergeburt und unterlassene Umlagerung in das Kreisbett trotz Notsituation⁴⁰
- Erhöhung einer Oxytocingabe trotz Schulterdystokie⁴¹

Zu berücksichtigen ist bei dieser Fallgruppe, dass die unterlassene Remonstration einer Hebamme bei evident falschem ärztlichem Vorgehen nicht ohne weiteres einen groben Behandlungsfehler auf Seiten der Hebamme impliziert. Vielmehr kann sich die unterlassene Remonstration in dieser Situation als einfacher Behandlungsfehler der Hebamme darstellen.⁴²

Zudem haftet eine Hebamme selbst, wenn sie sich nicht den Weisungen des eigentlich zuständigen und anwesenden Arztes oder einer Ärztin unterordnet, sondern selbst die Geburtsleitung praktisch übernimmt. Es liegt dann ein Fall der Kompetenzüberschreitung vor.⁴³

³⁸ OLG Hamm, Urteil vom 04.04.2017, 26 U 88/16, Rn. 69; OLG Frankfurt, Urteil vom 11.06.2015, 15 U 189/13, Rn. 53; OLG Oldenburg, Urteil vom 19.05.2004, 5 U 138/00, Rn. 57 m. w. N.

³⁹ OLG Frankfurt, Urteil vom 24.05.2016, 8 U 259/14 – Leitsatz 2.

⁴⁰ OLG Düsseldorf, Urteil vom 20.04.2007, 8 U 37/05.

⁴¹ OLG Frankfurt, Urteil vom 24.05.2016, 8 U 159/14

⁴² OLG Koblenz, Urteil vom 03.05.2007, 5 U 567/05 – Leitsatz 2.

⁴³ S. o. unter c), vgl. OLG Karlsruhe, Urteil vom 26.10.2005, 7 U 159/04, Rn. 22 ff.

e) Geburtsbetreuung

Die Rechtsprechung hat darüber hinaus Fehler im Zusammenhang mit der Geburtsbetreuung benannt.

Die Gabe von Syntocinon, einer wehenfördernden Medikation, in einer Situation, in der regelmäßige Wehen im Abstand von zwei Minuten bestanden, wurde als fachlich verfehlt angesehen und widersprach nach den Feststellungen des OLG Koblenz zudem eindeutig den Herstellervorgaben. Zudem fehlte in der konkreten Situation eine ärztliche Anordnung, besonders fiel zudem die Risikoerhöhung dadurch ins Gewicht, dass die Hebamme nicht in der Lage war, anders als ein Arzt oder eine Ärztin, mit einer Sectio zu intervenieren.⁴⁴

Als grob fehlerhaft wurde es zudem angesehen, auf das Herbeirufen eines Arztes zu verzichten, obwohl es zu einem Blasensprung und zu einem Abgang zu von grünem Fruchtwasser gekommen war.⁴⁵

f) Planung der Geburt/Beratungsfehler

Fehler bei der Planung und der damit zusammenhängenden Beratung betreffen nach der Rechtsprechung nicht die Selbstbestimmungsaufklärung nach §§ 630d und 630e BGB, sondern die Pflicht zur sachgerechten therapeutischen Information, § 630c Abs. 1 BGB. Versäumnisse in diesem Zusammenhang sind daher nicht der Haftung aus einem Aufklärungsfehler, sondern der Haftung aus einem Behandlungsfehler zuzuordnen, was mit anderen beweisrechtlichen Konsequenzen einhergeht.⁴⁶

Als Fehler in Geburtsplanung wurde es angesehen, entgegen ärztlichem Rat und trotz entsprechender Rückfrage der Schwangeren bei einer Hochrisikoschwangerschaft auf die Hinzuziehung ärztlicher Unterstützung zu verzichten.⁴⁷

⁴⁴ OLG Koblenz, Urteil vom 05.02.2009, 5 U 854/08, Rn. 25 ff.

⁴⁵ OLG Stuttgart, Urteil vom 19.09.2000, 14 U 65/99, Rn. 37.

⁴⁶ S. o. unter II.

⁴⁷ OLG Naumburg, Urteil vom 10.03.2010, 1 U 36/09.

Als Planungsfehler wurde auch angesehen, bei dem absehbaren Risiko einer postpartalen Hyperbilirubinämie, eine Hausgeburt zu veranlassen. In dieser Situation, so das OLG Köln, sei es angezeigt, von vornherein eine Geburt in einer Klinik zu planen.⁴⁸ Für die Situation unter der Geburt hat das OLG Hamm eine Pflicht der Hebamme gesehen, die Schwangere nach einem Abgang von grünem Fruchtwasser dahingehend zu beraten, dass das Geburtshaus verlassen werden und stattdessen ein Krankenhaus aufgesucht werden sollte.⁴⁹

g) Organisationsfehler

In Übereinstimmung mit allgemeinen arzthaftungsgrundrechtlichen Grundsätzen können auch Fehler in der Organisation von Abläufen als haftungsbegründende Behandlungsfehler gewertet werden. Betreibt eine Hebamme ein Geburtshaus, dann ist sie als Organisationsverantwortliche zum Einschreiten selbst dann verpflichtet, wenn ein Arzt oder eine Ärztin die Leitung der Geburt übernommen hat, da sie als Betreiberin als selbständige und unabhängige Stellung innehat, die zu einer besonderen Pflichtenstellung führt. Sie muss daher einschreiten und eine Verlegung ins Krankenhaus empfehlen, wenn der Arzt oder eine Ärztin erkennbar fachlich verfehlte Entscheidungen trifft.⁵⁰

h) Sonstige Fehler

Neben den oben dargestellten Kategorien sind weitere einzelne Fehlerquellen von der Rechtsprechung benannt worden. So ist es auch in Nachtstunden vorwerfbar und damit fehlerhaft, wenn risikorelevante Angaben versehentlich nicht in den Aufnahmebogen übertragen werden.⁵¹ Mit einem Fehler in der postpartalen Betreuung hatte sich das OLG Bremen zu befassen. Das klagende Kind war unterzuckert, was der beklagten Hebamme bekannt war. Diese hatte allerdings nur homöopathische Mittel gegeben. Der Senat hat es dort als fehlerhaft gewertet, dass es versäumt wurde, einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin hinzuzuziehen, oder das Kind in der Kinderklinik vorzustellen.⁵²

⁴⁸ OLG Köln, Beschluss vom 22.09.2014, 5 U 36/14.

⁴⁹ OLG Hamm, Urteil vom 16.01.2006, 3 U 207/02, Rn. 55.

⁵⁰ OLG Hamm, Urteil vom 16.01.2006, 3 U 207/02 – Orientierungssätze 2 und 3.

⁵¹ OLG Bamberg, Urteil vom 25.04.2005, 4 U 61/04 – ein grober Fehler ist aber im konkreten Fall verneint worden.

⁵² OLG Bremen, 13.01.2006, 4 U 23/05, Rn. 44 ff. Ein grober Fehler wurde in dem konkreten Fall verneint, da die Hebamme den überlegenen Kenntnissen des Geburtshelfers insoweit habe vertrauen dürfen, dass keine gravierende Erkrankung vorliegt, vgl. Rn. 48.

6.7 Haftung aus Aufklärungsfehler

Die Haftung aus einem Aufklärungsfehler kommt aus den oben unter II. dargelegten Gründen grundsätzlich auch für Hebammen in Betracht.

Hebammen unterliegen Informations- und Aufklärungspflichten. Nach § 630c Abs. 2 BGB besteht die Verpflichtung zur therapeutischen Information. Dagegen verlangt § 630e eine hinreichende Aufklärung über alle wesentlichen Umstände, namentlich über Risiken, Alternativen und Erfolgsaussichten von Maßnahmen. Da der Wortlaut des § 630e BGB auf „Maßnahmen“ abstellt und somit sehr weit gefasst ist, spricht auf die Formulierung des Gesetzes für die Annahme weitreichender Aufklärungspflichten der Hebamme.

Tatsächlich spielt die Haftung wegen der Verletzung der Pflicht zur **Selbstbestimmungsaufklärung** im Vergleich zu der Haftung aus Behandlungsfehlern in der Judikatur jedoch keine erkennbare Rolle. So hat OLG Hamm⁵³ erst jüngst ohne nähere Darlegungen deutlich gemacht, dass die Aufklärung über die erhöhte Gefahr einer Schulterdystokie ausschließlich dem ärztlichen Personal und nicht der Hebamme obliegt. Ausdrücklich heißt es insoweit im Leitsatz: *„Für die Aufklärung ist allein das ärztliche Personal verantwortlich und nicht die Hebamme.“* Ob diese Rechtsprechung, die die Rechtslage vor Einführung der §§ 630a ff. BGB betrifft, auch heute noch Bestand haben könnte, ist angesichts des weit formulierten Pflichtenkreises fraglich.

Tatsächlich sind Versäumnisse im Zusammenhang mit einer unzureichenden Aufklärung im Sinne von Beratung/Information systematisch bisher nicht der Haftung aus einem Aufklärungsfehler, sondern der Haftung aus einem Behandlungsfehler zugeordnet worden. So geht das Kammergericht von einem Beratungsfehler im Sinne einer fehlerhaften therapeutischen Information aus, wenn der Schwangeren nicht hinreichend deutlich aufgezeigt wird, dass eine Risikokonstellation vorliegt, die eine Klinikentbindung gebietet.⁵⁴

⁵³ OLG Hamm, Urteil vom 11.04.2014, 26 U 6/13, Rn. 28 ff., 36.

⁵⁴ KG, Urteil vom 04.04.2011, 20 U 111/08, Rn. 55 ff. Vgl. auch OLG Hamm, Urteil vom 16.01.2006, 3 U 207/02, Rn. 55 zur Beratungspflicht nach veränderter Risikosituation (Abgang von grünem Fruchtwasser).

6.8 Einfacher und grober Behandlungsfehler

Wie bereits unter I. 3. ausgeführt, kommt bei der Haftung aus einem Behandlungsfehler der Beurteilung der Fehlerqualität eine wesentliche Bedeutung zu.

6.9 Beweisrechtliche Rahmenbedingungen

Bezüglich der beweisrechtlichen Rahmenbedingungen ist zunächst auf die Ausführungen unter I. 3. zu verweisen. Neben dem, in der Praxis in Haftungsfällen kaum anzutreffenden Phänomen des Anfängereingriffes, ist vor allem die Regelung des § 630h Abs. 5 BGB von wesentlicher Bedeutung. Hier kommt eine Beweislastumkehr in den Fällen eines groben Behandlungsfehlers oder eines Befunderhebungsfehlers in Betracht.

6.10 Grober Behandlungsfehler

Der grobe Behandlungsfehler hat seine Grundlage in § 630h Abs. 5 BGB.

a) Grundlagen

Aus den Ausführungen unter I. 3. ergibt sich, dass ein grober Behandlungsfehler anzunehmen ist, wenn ein eindeutiger Verstoß gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse vorliegt und dieser Verstoß zusätzlich derart gravierend ist, dass er aus der Sicht des betreffenden Fachgebietes, also in Fachkreisen der Hebammen, unverständlich ist, weil er schlechterdings nicht nachzuvollziehen ist.

Zu beachten ist hierbei, dass der Fehler sich auf verschiedenen Ebenen vollziehen kann. Der Fehlervorwurf kann nicht nur bei der Geburtsbetreuung selbst ansetzen, sondern auch beim Stadium der Planung und der Nachsorge.

b) Beispiele aus der Rechtsprechung

In der Rechtsprechung stellt sich das Bild zu der Frage, ob die Leistungen der Hebamme grob fehlerhaft waren, wie folgt dar:

aa)

Ein grober Behandlungsfehler wurde in folgenden Fällen bejaht:

Jedenfalls in der Gesamtschau ist es als grob fehlerhaft angesehen worden, dass trotz Kenntnis eines pathologischen Zustandes die Betreuung ohne ärztliche Unterstützung fortgesetzt wurde. Dieses Vorgehen ist als Kompetenzüberschreitung gewertet worden. Hinzu kam im konkreten Fall der ärztlich nicht autorisierte Einsatz eines Wehentropfes.⁵⁵

Auch der Einsatz einer wehenfördernden Medikation entgegen der Herstelleranweisung und trotz des Vorliegens von hochfrequenter Wehentätigkeit wurde als verfehlt und fachlich nicht nachvollziehbar angesehen. Das Mittel Syntocinon war gegen Laktationsstörungen und zur Mastitisprophylaxe vorgesehen und nicht zur Wehenstimulation bestimmt. Der Einsatz des Medikamentes wurde, insbesondere bei Fehlen einer entsprechenden ärztlichen Anweisung, als grob fehlerhaft angesehen, zumal eine Hebamme keine Interventionsmöglichkeit mittels Not-Sectio hatte.⁵⁶

Als grob fehlerhaft wurde es ferner gewertet, dass trotz der Hochrisiko-Konstellation einer monochorisch-monoamniotischen Zwillingschwangerschaft kein Arzt oder Ärztin hinzugezogen wurde.⁵⁷ Das Unterlassen der Hinzuziehung eines Gynäkologen wegen der Verkennung eines hochpathologischen CTG wurde als grob fehlerhaft gewertet.⁵⁸ Bei pathologischem CTG ist es nach den Feststellungen des OLG Stuttgart spätestens mit dem Blasensprung und dem Abgang grünen Fruchtwassers dringend geboten, einen Arzt oder eine Ärztin zu rufen. Wird dies versäumt, so ist dies grob fehlerhaft.⁵⁹

bb)

Verneint wurde ein grober Behandlungsfehler dagegen z. B. in folgenden Fällen:

⁵⁵ OLG Hamm, Urteil vom 14.09.2009, 3 U 9/08, Rn. 63 ff..

⁵⁶ OLG Koblenz, Urteil vom 05.02.2009, 5 U 854/08.

⁵⁷ OLG Naumburg, Urteil vom 10.03.2010, 1 U 36/09, Rn. 34.

⁵⁸ OLG Hamm, Urteil vom 25.11.2009, 3 U 192/08, Rn. 46; OLG Oldenburg, Urteil vom 19.12.2007, 5 U 107/06, Rn. 65.

⁵⁹ OLG Stuttgart, Urteil vom 19.09.2000, 14 U 65/99, Rn. 37.

Bei einer akuten Aufnahme einer Patientin in der Nacht war es zu einem Übertragungsfehler im Aufnahmebogen gekommen. Eine Schulterdystokie als Risikofaktor in der Vorgeschichte wurde versehentlich nicht aufgenommen. Das OLG Bamberg hat hier unter Berücksichtigung der Gesamtumstände einen groben Behandlungsfehler verneint.⁶⁰ Das OLG Koblenz hat sich mit einer versäumten Remonstration befasst. Wenn eine ärztliche Geburtshelferin elementare Fehler begeht und die Hebamme nicht remonstriert, so bedeutet dies im Hinblick auf die in dieser Situation untergeordnete Rolle der Hebamme nicht ohne weiteres, dass auch ihr ein grober Fehler vorzuwerfen ist.⁶¹

6.11 Haftungsbegrenzungen

Begrenzungen der Haftung von freiberuflichen Hebammen können sich in Ausnahmefällen auch dann ergeben, wenn die Haftungsvoraussetzungen dem Grunde nach eigentlich gegeben sind.

6.12 Regressausschluss nach § 134a Abs. 5 SGB V

Um dem Anstieg der Haftpflichtversicherungsprämien zu begegnen,⁶² hat der Gesetzgeber die Regelung des § 134a Abs. 5 SGB V geschaffen. Die Regelung ist durch das Versorgungsstärkungsgesetz⁶³ eingeführt worden und seit dem 23.07.2015 in Kraft. Satz 1 dieser Vorschrift lautet:

„Ein Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches wegen Schäden aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe kann von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen nur geltend gemacht werden, wenn der Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde.“

a) Grobe Fahrlässigkeit

Der zentrale Gesichtspunkt bei dieser Haftungsbegrenzung ist die Bezugnahme auf das Kriterium der groben Fahrlässigkeit. Die ebenfalls genannte Variante des Vorsatzes spielt praktisch keine Rolle. Grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn die im Verkehr erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem

⁶⁰ OLG Bamberg, Urteil vom 25.04.2005, 4 U 16/04, Rn. 49.

⁶¹ OLG Koblenz, Urteil vom 03.05.2007, 5 U 567/05, Rn. 22.

⁶² Vgl. BT-Drucksache 18/4095, S. 57, 119.

⁶³ Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 11.06.2015, BGBl. I, S. 1215.

Maße verletzt wurde, also dann, wenn schon ganz naheliegende Überlegungen nicht angestellt und das nicht beachtet wurde, was im gegebenen Fall jedem einleuchten musste.⁶⁴

Der Begriff ist streng vom Begriff des groben Behandlungsfehlers (§ 630h Abs. 5 BGB) zu unterscheiden. Während der grobe Behandlungsfehler allein auf den objektiven Sorgfaltspflichtverstoß abstellt, setzt die Annahme der groben Fahrlässigkeit zusätzlich voraus, dass auch subjektiv ein schwerwiegender Sorgfaltspflichtverstoß vorliegen muss. Das subjektive Element bedeutet, dass auch nach den persönlichen Fähigkeiten der/des Handelnden ein unentschuldbares Verhalten vorliegen muss, das ein gewöhnliches Maß erheblich übersteigt.⁶⁵

Ob eine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kann nicht abstrakt beantwortet werden, sondern bedarf der Betrachtung im Einzelfall. Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass ein grober Behandlungsfehler (objektives Kriterium) eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für die Annahme grober Fahrlässigkeit ist. Da Rechtsprechung zu dem Regressausschluss nach § 134a Abs. 5 SGB V bisher nicht existiert und für die Haftungsfrage bislang nur der Aspekt der groben Behandlungsfehlers von Bedeutung war, fehlen in der Rechtsprechung weitestgehend konkrete Beispiele für das Vorliegen einer grob fahrlässigen Behandlung durch eine Hebamme. Eine Ausnahme stellt unterdessen wie oben erwähnte⁶⁶ Kompetenzüberschreitung dar. Das OLG Hamm hatte die Fortführung der Betreuung trotz erkannter pathologischer Zustände als Fehlerkategorie eigener Art bewertet und insoweit explizit von einem grob fahrlässigen Verhalten gesprochen.⁶⁷ Die Wertung des OLG Hamm erscheint insoweit konsequent, als es tatsächlich als besonderes gravierende Pflichtverletzung erscheint, sehenden Auges die berufsrechtlichen Grenzen zu missachten. Ist es bei einer Auseinandersetzung unstrittig oder lassen die äußeren Umstände den Schluss zu, dass die Hebamme eine solche Kompetenzüberschreitung begangen hat, dann ist das Risiko gegeben, dass der Regressausschluss nicht greift.

Liegen die Voraussetzungen für die Annahme einer groben Fahrlässigkeit vor, dann entfällt der Regressausschluss. Die Prüfung der übrigen Haftungsvoraussetzungen bleibt aber unberührt. Ein

⁶⁴ *Grüneberg*, in: Palandt, BGB, 76. Auflage, § 277 Rn. 2.

⁶⁵ BGH, Urteil vom 11.07.2007, XII ZR 197/05; Urteil vom 29.01.2003, IV ZR 173/01.

⁶⁶ Vgl. IV. 1. c.

⁶⁷ OLG Hamm, Urteil vom 14.09.2009 - 3 U 9/08, Rn. 68.

Behandlungsfehler, auch ein grober Behandlungsfehler ist in diesen Fällen anzunehmen, da er die notwendige Voraussetzung für die grobe Fahrlässigkeit bildet. Das führt dazu, dass der haftungsbegründende Kausalzusammenhang nach § 630h Abs. 5 BGB vermutet wird. In aller Regel führt dies zur Haftung. Der Beweis des Gegenteils (siehe dazu die Ausführungen unter 3.) bleibt jedoch ebenso möglich wie eine etwaige Berufung auf die Einrede der Verjährung (vgl. hierzu Ausführungen unter 2.) und Einwendungen zum Haftungsumfang.

b) Personeller Anwendungsbereich

Aus der Vorschrift erschließt sich unmittelbar, dass freiberuflich tätige Hebammen erfasst sind, die alleine praktizieren und ihren Beruf damit nicht gemeinsam mit anderen freiberuflichen Hebammen ausüben. Nach dem Sinn und der Zielsetzung der Vorschrift, die freiberuflich tätigen Hebammen vor zu hohen Haftungsrisiken und damit verbundenen Haftpflichtprämien zu schützen, wird man auch kooperierende Hebammen in den Schutzbereich der Vorschrift einzubeziehen haben.

Gleiches wird man für Hebammen anzunehmen haben, die bei freiberuflichen Hebammen angestellt sind. Solche Hebammen wären zwar nach einer strengen Wortlautinterpretation nicht erfasst; da Angestellte einer freiberuflichen Hebamme jedoch in deren Wirkungskreis als Erfüllungsgehilfen tätig werden und gerade dieser Wirkungskreis vor übermäßigen Haftungsrisiken geschützt werden soll, ist es schlüssig, den Anwendungsbereich auch auf diesen Personenkreis zu erstrecken. Geklärt ist diese Rechtsfrage aber noch nicht.⁶⁸

Der Regressausschluss führt auch dazu, dass die Haftpflichtversicherung insoweit nicht in Anspruch genommen werden kann. Der entsprechende Freistellungsanspruch der Hebamme gegenüber der Berufshaftpflichtversicherung wird nicht ausgelöst.⁶⁹

c) Sachlicher Anwendungsbereich: auch Aufklärungsfehler?

Wie oben unter II. und unter IV. dargestellt wurde, ist bei der Prüfung der Haftungsfrage zwischen der Haftung aus einem Behandlungsfehler und der Haftung aus einem Aufklärungsfehler zu differenzieren.

⁶⁸ Ein entsprechender Rechtsstreit ist anhängig beim LG Dessau, 4 O 682/16.

⁶⁹ Vgl. BT-Drucksache 18/4095, S. 119.

Problematisch ist insoweit bei der Regelung des § 134a Abs. 5 SGB V, dass diese sich nur auf die Haftung aus einem Behandlungsfehler bezieht („*Ein Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches wegen Schäden aufgrund von **Behandlungsfehlern** in der Geburtshilfe [...], Hervorhebung durch den Verfasser*“).

Angesichts der im Gesetzgebungsverfahren formulierten Zielsetzung, freiberuflichen Hebammen angesichts der hohen Haftungsrisiken und dem damit verbundenen weiteren Anstieg der Haftpflichtversicherungsprämien zu schützen,⁷⁰ hatte der Gesetzgeber insoweit möglicherweise nicht das, wenn auch praktisch wohl geringe Risiko der Haftung aus dem Aufklärungsfehler im Blick. Es ist denkbar, dass hier ein redaktionelles Versehen bei der Abfassung des Gesetzestextes vorliegt. Denn ausgehend von der Intention, das Haftungsrisiko und den Versicherungsprämienanstieg einzudämmen sowie damit zusammenhängend die flächendeckende Versorgung mit Hebammenleistungen zu gewährleisten,⁷¹ ist kein sachlicher Grund für eine Differenzierung zwischen der Haftung aus einem Behandlungsfehler und der Haftung aus einem Aufklärungsfehler ersichtlich. Die Fragestellung ist aber mangels Rechtsprechung zu dieser Vorschrift bisher nicht geklärt.

d) Zeitlicher Anwendungsbereich

Unklar ist nach der gesetzlichen Regelung der zeitliche Anwendungsbereich des Regressausschlusses.⁷² Streitig ist, ob die Regelung auch Schadenfälle betrifft, die sich vor dem Inkrafttreten des Gesetzes (23.07.2015) ereignet haben. Der Wortlaut der Vorschrift enthält keine Angaben über eine zeitliche Begrenzung. Nach der Begründung des Gesetzesentwurfes, die nach allgemeineren Auslegungsgrundsätzen ergänzend im Rahmen der Interpretation herangezogen werden kann, gilt der Regressausschluss „auch für alle bestehenden ab Inkrafttreten der Regelung“.⁷³ Berücksichtigt diese Äußerung und die erklärte Zielsetzung, die Haftungsrisiken der freiberuflichen Hebammen und den entsprechenden Anstieg der Versicherungsprämien einzudämmen, dann spricht viel für die Annahme,

⁷⁰ So ausdrücklich die Begründung des Gesetzesentwurfes, BT-Drucksache 18/4095, S. 119 f.

⁷¹ Vgl. zum Sicherstellungsaspekt BT-Drucksache 18/4095, S. 120.

⁷² Auch diese Frage ist Gegenstands eines noch anhängigen Rechtsstreits beim LG Dessau, 4 O 682/16. Dort hatte sich der Schadenfall im Jahr 2011 ereignet.

⁷³ Begründung des Gesetzesentwurfes, BT-Drucksache 18/4095, S. 119.

dass die Vorschrift auch auf Schadenfälle anzuwenden ist, die vor dem 23.07.2015 entstanden sind. Geklärt ist diese Frage jedoch bisher nicht.⁷⁴

6.13 Verjährung

Eine weitere Möglichkeit der Haftungsbegrenzung besteht prinzipiell in der Einrede der Verjährung. Haftpflichtansprüche wegen etwaiger beruflicher Fehlleistungen von Hebammen unterliegen der regulären Verjährungsfrist nach § 195 BGB von drei Jahren. Der Beginn der Verjährungsfrist richtet sich nach § 199 Abs. 1 BGB. Danach beginnt die Verjährung mit dem Schluss des Jahres zu laufen, in dem der Anspruch entstanden ist und ab dem der Geschädigte von den anspruchsbegründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen musste.

Im Arzthaftungsrecht und entsprechend im Haftungsrecht der Hebammen ist es anerkannt, dass die nach § 199 Abs. 1 BGB für den Verjährungsbeginn vorausgesetzte Kenntnis der „Umstände“ die laienhafte Erfassung bedingt, dass vom fachlichen Standard abgewichen wurde. Die bloße Kenntnis eines Gesundheitsschadens ist also gerade nicht ausreichend.⁷⁵ Dies führt dazu, dass ein Verjährungsbeginn in aller Regel erst dann angenommen wird, wenn der Anspruchsteller oder die Anspruchstellerin bzw. dessen gesetzliche Vertreter oder Vertreterin eine fachkundige Stellungnahme mit einem Behandlungsfehlervorwurf erhalten. Hierdurch kann der Verjährungsbeginn erheblich zeitlich nach hinten verlagert werden.

Eine abschließende Begrenzung der Haftungsrisiken durch das Verjährungsrecht erfolgt daher erst mit dem Eingreifen der Höchstfrist, die bei 30 Jahren liegt, § 199 Abs. 2 BGB.

6.14 Kausalität: Beweis des Gegenteils und abgrenzbare Vorschäden

Auch wenn es wegen eines groben Behandlungsfehlers wegen § 630h Abs. 5 BGB zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität kommt, so bleibt prinzipiell noch die Möglichkeit eröffnet, die Vermutung der Kausalität durch den Beweis des Gegenteils zu widerlegen.

⁷⁴ Vgl. insoweit auch die Stellungnahme des GDV zur BT-Drucksache 18/4095.

⁷⁵ BGH, Urteil vom 10.11.2009, VI ZR 247/08.

Dieser Beweis ist in der Praxis allerdings nur äußerst selten möglich. Erforderlich für diesen Nachweis ist, dass der Kausalzusammenhang zwischen dem Fehler und der Schädigung „gänzlich unwahrscheinlich“ oder „äußerst unwahrscheinlich“ ist.⁷⁶

Eine ähnliche Problematik betrifft den Aspekt der abgrenzbaren Teilkausalität. Gelingt dem Behandelnden der Nachweis, dass bestimmte Schäden schon vor dem Beginn des fehlerhaften Handelns eingetreten waren, so kommt eine Haftung für diese Vorschäden nicht in Betracht.⁷⁷

6.15 Verfahrensrechtliche Fragestellungen

Divergierende medizinische Beurteilungen sind der Kern von Haftungsstreitigkeiten über etwaige Hebammenfehler. Der Schwerpunkt der Streitigkeiten liegt damit in medizinischen Fragestellungen und damit im tatsächlichen (nicht rechtlichen) Bereich. Diese Streitfragen hat das Gericht mit Hilfe des Sachverständigenbeweises, §§ 404 ff. ZPO, aufzuklären.

Im Arzthaftungsrecht ist eine wesentliche verfahrensrechtliche Vorgabe bei der Auswahl des Sachverständigen das Gebot der Fachgebietsgleichheit. Grundsätzlich ist es daher geboten, dass ein Angehöriger desselben Fachgebietes beurteilt, ob eine bestimmte Behandlung gegen den Standard verstoßen hat oder nicht.

Ausgehend von diesem Grundsatz wäre zu erwarten, dass die Rechtsprechung die Beauftragung von Hebammen fordert, wenn deren Verhalten im Streit steht. Dies wird vereinzelt auch explizit gefordert, hat sich aber bislang nicht als gefestigte Rechtsprechungspraxis durchgesetzt.⁷⁸ Die Rechtsprechung

⁷⁶ Vgl. das Beispiel OLG Oldenburg, Urteil vom 19.12.2007: Es wurde als grob fehlerhaft angesehen, dass ein Arzt trotz massiven Herzttonabfalls nicht hinzugerufen wurde. Der Senat ging – sachverständig beraten – jedoch davon aus, dass die eingetretene Verzögerung sich nicht ausgewirkt hatte, da der Sachverständige die Wahrscheinlichkeit für eine Mitursächlichkeit dieser Verzögerung an dem Gesundheitszustand als „deutlich unter 5%“ taxiert hatte. Dies erschien dem Senat ausreichend, um den Kausalzusammenhang als gänzlich unwahrscheinlich anzusehen, Rn. 67.

⁷⁷ BGH, Urteil vom 20.05.2014, VI ZR 187/13. Vgl. zu dem Einwand mit dem Ergebnis nicht gelungenen Nachweis eines von der Behandlerseite behaupteten Vorschadens auch OLG München, Urteil vom 20.06.2002, 1 U 3930/95.

⁷⁸ Vgl. insoweit LG Köln, Hinweisbeschluss vom 30.12.2013: „Eine Schwangere, die sich in die Behandlung einer Hebamme begibt, kann von dieser keine Behandlung nach fachärztlichem Standard und gemäß den ärztlichen Leitlinien erwarten, sondern lediglich eine solche nach den Regeln der Hebammenkunst. Letztere können aber nur durch eine Hebamme als Sachverständige beurteilt werden und nicht von einem Facharzt.“

hat es nicht beanstandet, wenn Gynäkologen die Beurteilung übernehmen.⁷⁹ Der Grund hierfür liegt darin, dass es originärer Bestandteil des gynäkologischen Fachgebietes ist, Geburtshilfe zu leisten und damit zusammenhängende Fragestellungen zu beantworten. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf Rechtsprechung, die zu anderen Fachgebietsüberschneidungen ergangen ist. Es wurde verschiedentlich deutlich gemacht, dass es unter dem Aspekt der Fachgebietsgleichheit nicht zu beanstanden ist, wenn der Sachverständige aus einem „Nachbargesamt“ stammt, das auch die im Streit stehenden Tätigkeiten ausübt.⁸⁰

6.16 Schlussfolgerungen

Hebammen unterliegen den allgemeinen Regeln des Haftungsrechts der Heilberufe. Ihre Rolle im Haftungsrecht wird durch die berufsrechtlichen Vorgaben geprägt. Haftungsrisiken bestehen in erster Linie unter dem Aspekt der Haftung aus einem Behandlungsfehler. Die Haftung aus einem Aufklärungsfehler spielt in der bisherigen Rechtsprechung keine Rolle.

Bei der Haftung aus einem Behandlungsfehler ist die Verkennung von pathologischen CTG und das damit einhergehende Unterlassen der Hinzuziehung eines Arztes oder einer Ärztin in der publizierten Rechtsprechung die wichtigste Risikokonstellation. Auch im Übrigen ist ein Großteil der Haftungsfälle in dem Vorwurf begründet, dass auf pathologische Zustände nicht adäquat reagiert wurde und das Herbeirufen ärztlicher Hilfe versäumt wurde.

Hohe Haftungsrisiken bestehen vor allem dann, wenn grobe Behandlungsfehler anzunehmen sind. Die Rechtsprechung hat es besonders kritisch gewürdigt, wenn Hebammen ihre Kompetenzen überschritten haben und gleichsam „sehenden Auges“ pathologische Zustände in eigener Verantwortung weiter betreut haben.

Gleichsam spiegelbildlich hierzu bestehen nur geringe Haftungsrisiken für eine Hebamme, wenn sie ärztliche Unterstützung angefordert hat, da die Verantwortlichkeit ab dem Zeitpunkt der Übernahme der Geburtsleitung grundsätzlich auf den Arzt oder die Ärztin übergeht. Der Fall der unterlassenen

⁷⁹ Vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 26.04.2007, 8 U 37/05: Der dort als Sachverständiger bestellte Sachverständige war Leiter einer Hebammenschule und wurde vor diesem Hintergrund vom Senat als besonders sachkundig angesehen.

⁸⁰ OLG Naumburg, Urteil vom 25.05.2005, 1 U 59/03; OLG Jena, Urteil vom 31.05.2011, 4 U 635/10.

Remonstration wegen eines evident falschen Vorgehens des Arztes oder der Ärztin ist eine sehr seltene Haftungskonstellation.

Zur Verringerung von Haftungsrisiken ergeben sich auf der Ebene des Haftungsgrundes daher aus juristischer Perspektive folgende Aufgaben für die medizinische Qualitätssicherung/-verbesserung:

- Wie kann die Beurteilungsqualität von CTG verbessert werden?
- Gibt es Potential zur weiteren Standardisierung bei der Auswertung, um das Risiko unterschiedlicher Interpretationen zu verringern?
- Wie kann bei Hebammen die Schwelle zum Anfordern ärztlicher Unterstützung gesenkt werden?

Mit der Einführung des § 134a Abs. 5 SGB V ist eine erhebliche Begrenzung der Haftungsrisiken geregelt worden. Die Privilegierung durchbrechende Schwelle der groben Fahrlässigkeit liegt jenseits des groben Behandlungsfehlers und setzt auch ein subjektiv schwerwiegendes Versäumnis voraus. Zu kritisieren ist bei der Regelung des § 134a Abs. 5 SGB V, dass die gesetzliche Regelung eine Reihe von Unschärfen in sich birgt, die zu einer vermeidbaren Rechtsunsicherheit führt.

Das Verjährungsrecht begrenzt die Haftungsrisiken kaum. Der Beginn der Verjährung kann durch die Anknüpfung an die laienhafte Kenntnis des Betroffenen von einem Behandlungsfehler noch etliche Jahre nach der Geburt liegen. Die Höchstfrist von 30 Jahren schafft erst auf sehr lange Sicht Rechtssicherheit.

7 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Literaturrecherche, der Interviews mit den Versicherern und Experteninnen und Experten, der Onlinebefragung sowie der Open Space Veranstaltung und des Themenmarktplatzes zeigen ein konsistentes Bild über die verschiedenen Themenbereiche mit großem Potenzial zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur aktiven und passiven Fehlervermeidung hinweg.

Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen anhand der zentralen Fragestellungen des Gutachtens:

Ursachen von Geburtsschäden

— *Welche systemischen, strukturellen und individuellen Ursachen können für die Entstehung von Geburtsschäden identifiziert werden?*

Konsistent über alle eingesetzten Methoden (Literaturrecherche, Online-Befragung, Experteninterviews, Open Space Workshop und Themenmarktplatz) zeigen sich folgende Risikofaktoren für die Entstehung von Geburtsschäden:

- **Risikofaktoren der Mutter:** anamnestische Faktoren - hier v.a. Nullipara, schwere Vorerkrankungen, aktuelle Befundrisiken
- **Teamfaktoren:** Mangelhafte Kommunikation v.a. zwischen den Berufsgruppen, Übergabedefizite, ausgeprägte hierarchische Strukturen, fehlende Fehlerkultur, Zeitverzögerungen
- **Mangelhafte Qualifikation und Kompetenz:** fehlende Skills, fehlende Notfalltrainings, fehlende Kompetenz in der Interpretation von CTGs

Einen hohen Einfluss auf die Entstehung des Geburtsschadens haben v.a. folgende Faktoren:

- **Fehlinterpretation** von Befunden
- Zu wenig **Personal**
- **Zeitverzögerungen** in der Hinzuziehung des Arztes oder der Ärztin, der Entscheidung und in der Durchführung von Interventionen und bei Verlegungen / Transporten

80% aller Fehler im Gesundheitswesen haben eine Kommunikations-Komponente (Solet, Norvell, Rutan, & Frankel, 2005). Die geburtshilfliche Versorgung nimmt in diesem Kontext insofern eine Sonderstellung ein, als dass die Gebärenden in der Regel gesund sind und adverse outcomes nur selten auftreten. Gerade Notfälle in der Geburtshilfe benötigen jedoch ein extrem zeitkritisches und zielorientiertes Handeln eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams. Solche komplexen Handlungsmuster sind erwiesenermaßen störanfällig und bergen ein substantielles Fehlerrisiko (Zech u. a., 2017).

Besonders in diesem Bereich der Kommunikation und des gegenseitigen Respekts liegt viel Potenzial zur Fehlervermeidung und Risikominimierung. Zwar treffen diese Risikofaktoren auf alle Hebammen zu, jedoch sind die Folgen in den Bereichen der freiberuflichen Hebammen vermutlich deutlicher zu spüren. So sind es häufig oben genannte Faktoren die Vorurteile und alte interinstitutionelle Befürchtungen verstärken und somit ein Grund für eine verspätete Verlegung oder Hinzuziehung sein können. Hebammen, insbesondere außerklinisch tätige, sehen sich häufig als Beschützerin der Gebärenden und stehen in einem Spannungsfeld zwischen den Wünschen/Ängste der Frauen und dem forensischen Druck andererseits.

Ein großes Sicherheitsrisiko besteht in dem bestehenden Personalmangel. In über einem Drittel der berichteten Fälle, auf die sich die Aussagen der Teilnehmenden der Onlinbefragung beziehen, lag eine Überlastung des Personals vor. So ist das Personal nicht nur erschöpft und dadurch weniger leistungsfähig, es ist auch schlicht keine durchgängige Betreuung möglich. Im Falle eines Notfalls besteht das Risiko, dass Hilfe durch zu wenig Personal oder schlechte Infrastrukturen nicht rechtzeitig verfügbar ist (Hillienhof, 2018). Generell liegt auch in der Rettungsstruktur und der Notfallzentrale besonders für außerklinische Geburten ein unkalkulierbares Risiko. Zum einen kann die Einsatzdauer je nach Region stark variieren. Der Zeitraum vom Notruf bis zum Eintreffen des Rettungswagens und bis zur Ankunft in der Klinik hängt von vielen Faktoren ab, ein verlässlicher Prozess lässt sich nur in einem intersektoral-interdisziplinären Dialog für alle Beteiligten transparent gestalten.

Zu beachten ist, dass die Berufsgruppen Hebammen sowie der Ärzte und Ärztinnen eine zum Teil deutlich unterschiedliche Wahrnehmung der Risikofaktoren haben. Dies sollte zum einen weitergehend untersucht werden, aber vor allem auch bei der Einführung von Sicherheitsmaßnahmen bedacht werden.

— *Welche Ursachen für Geburtsschäden lassen sich aus juristischer Perspektive feststellen?*

Bei der Haftung aus einem Behandlungsfehler ist die Verkennung von pathologischen CTG und das damit einhergehende Unterlassen der Hinzuziehung eines Arztes oder einer Ärztin in der publizierten Rechtsprechung die wichtigste Risikokonstellation. Auch im Übrigen ist ein Großteil der Haftungsfälle in dem Vorwurf begründet, dass auf pathologische Zustände nicht adäquat reagiert und das Herbeirufen ärztlicher Hilfe versäumt wurde.

Hohe Haftungsrisiken bestehen vor allem dann, wenn grobe Behandlungsfehler anzunehmen sind. Die Rechtsprechung hat es besonders kritisch gewürdigt, wenn Hebammen ihre Kompetenzen überschritten haben und gleichsam „sehenden Auges“ pathologische Zustände in eigener Verantwortung weiter betreut haben.

Sicherheitsmaßnahmen und Lösungsansätze

— *Welche Sicherheitsmaßnahmen und Lösungsansätze können identifiziert werden? Welche Sicherheitsmaßnahmen werden bereits durchgeführt? Wie wirksam sind sie?*

Es gibt in der Literatur eine Reihe von Hinweisen für erfolgreich ein- und durchgeführte Sicherheitsmaßnahmen. Für den deutschen Bereich gibt es jedoch bislang kaum Evaluationen dieser Maßnahmen. Auch in den Interviews mit den Expertinnen und Experten, dem Open Space Workshop und der Online-Befragung werden verschiedene Sicherheitsmaßnahmen wie z.B. Fallbesprechungen, Simulationstrainings, Schulungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit, Geräteschulungen, Standards und Checklisten genannt.

Auffällig ist, dass in der Online-Befragung nur etwa die Hälfte der Befragten angab, dass solche Sicherheitsmaßnahmen in ihrem beruflichen Umfeld durchgeführt werden. Für eine Erhöhung der Patientensicherheit wurde in erster Linie eine ausreichend personelle Besetzung in allen Bereichen genannt, gefolgt von Kommunikationsregeln. Interventionen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zeigen eindeutig Wirkung. Dies wurde in mehreren internationalen Studien bereits belegt (Zwarenstein, Goldman, & Reeves, 2009). Viele unerwünschte Ereignisse haben ihre Ursachen auch in unzureichender Kommunikation.

In der Literaturrecherche werden v.a. Training und Entwicklung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, das Fördern der interdisziplinären Teamarbeit und das Einhalten von Standards wie Fehleranalysen als wichtige Sicherheitsmaßnahmen genannt.

Eine Reihe von Tools und Maßnahmen können Prozesse und Outcomes verbessern. Ob und wie sie im Kontext eines spezifischen Gesundheitssystems (intersektoral und interprofessionell) wirken, ist jedoch für die fraktionierte geburtshilfliche Versorgungsrealität Deutschlands noch wenig evaluiert. Um eine nachhaltige Verbesserung zu bewirken, müssen nicht nur einzelne Maßnahmen, sondern auch die gesamte Systematik der Implementierung sowie die Effektivität und Effizienz (Akzeptanz, Umsetzbarkeit, Finanzierbarkeit, Wirkung, Nachhaltigkeit), untersucht werden. Erst mit dieser wissenschaftlich gesicherten Bilanz wird es möglich sein, wirksame Maßnahmenbündel flächendeckend systematisch langfristig in der deutschen Versorgungsrealität zu implementieren.

— *Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?*

Das Qualitätssicherungsverfahren 16/1 nach §136a (QSKH 16/1 2016, „Geburtshilfe“, 2017) erfasst kindliche und maternale Parameter zum Outcome der Geburten und erhebt dabei auch die Risikofaktoren. Sowohl systemische als auch prozessbezogene Faktoren sollten noch deutlich stärker als bisher berücksichtigt werden. Strukturparameter werden rudimentär in der Zusammensetzung des Teams erhoben. Die im Rahmen dieses Gutachtens erfassten Risikofaktoren wie die o.g. Teamfaktoren und prozessbezogene Aspekte wie Zeitverzögerungen können aus dem QS-Verfahren nicht abgeleitet werden. Seit 2005 gibt es eine QS-Richtlinie des G-BA zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen, die zuletzt zum 01.01.2018 überarbeitet wurde (G-BA, 2018)⁸¹ und für die perinatale Versorgung in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Versorgungsstufen stellt. Darüber hinaus gelten für die durch freiberuflich tätige Hebammen vorgenommene ambulante Versorgung in der Geburtshilfe resp. die sektorübergreifende geburtshilfliche Versorgung (an der Schnittstelle klinische und außerklinische Geburtshilfe)⁸² sowie für die durch freiberuflich tätige Hebammen vorgenommene klinische

⁸¹ Der G-BA hat am 17. Mai 2018 eine weitere Änderung der Richtlinie beschlossen, die nach Prüfung durch das BMG sowie anschließender Veröffentlichung im BAnz (Bundesanzeiger) innerhalb der nächsten Wochen/Monate in Kraft treten wird.

⁸² Z.B. wenn eine Geburt in einem ambulanten Setting beginnt und in der Klinik beendet wird

Hebammenhilfe die im Hebammenhilfvertrag nach § 134a Abs. 1 SGB V geregelten Qualitätsanforderungen. Für die außerklinische Geburtshilfe gelten zudem die dort aufgeführten Ausschlusskriterien. Die Rückmeldungen der Befragten dieses Gutachtens deuten darauf hin, dass eine stärkere Konzentration auf evidenzbasierte Kriterien sowie eine weitergehende Überprüfung der Einhaltung von Leitlinien durch bzw. die Einführung von Richtlinien für die außerklinische Geburts- resp. Hebammenhilfe, unterstützt durch die Entwicklung von spezifischen Qualitätsindikatoren, einen wertvollen Beitrag zur Erhöhung der Sicherheit in der Geburtshilfe leisten könnten.

Maßnahmen zur Fehlervermeidung

- *Wie werden auf Basis der gewonnen Erkenntnisse die Potenziale der Fehlervermeidung durch evidenzbasierte Leitlinien beurteilt?*
- *Welche Erkenntnisse lassen sich für die Entwicklung von Leitlinien ableiten?*

Standards und Leitlinien haben einen festen Platz, sowohl in den durchgeführten wie gewünschten Sicherheitsmaßnahmen aller Befragten dieses Gutachtens. Wirksam werden sie aber nur dann, wenn sie interprofessionell entwickelt, geschult und nachhaltig flächendeckend umgesetzt werden. Und für eine gute und effektive Standard- oder Leitlinienumsetzung ist eine ausreichende Personalausstattung mit qualifizierten Mitarbeitern ebenso erfolgskritisch wie für die notwendigen Schulungen ausreichend (vergütete) Zeitressourcen in den Kliniken und Einrichtungen der Geburtshilfe zur Verfügung stehen müssen.

- *Wie werden auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse die Potentiale der Fehlervermeidung durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen (z.B. Simulationstrainings) beurteilt?*

Das wohl am häufigsten genannte Instrument über alle Methoden dieses Gutachtens hinweg sind Simulationstrainings. Subjektiv wird von allen im Gutachten Befragten der Simulation von Notfallsituationen eine hohe Effektivität zugeschrieben. Zahlreiche Interventionen und Tools sind im internationalen Kontext entwickelt und werden auch in Deutschland nach und nach implementiert (Achterberg et al., 2014). Es besteht jedoch weiterhin Bedarf, Einzelmaßnahmen und Pakete unter realen Bedingungen systematisch umzusetzen und ihre Effektivität und Effizienz zu bewerten (Vincent & Amalberti, 2016). Für den deutschen Raum sind diese Maßnahmen bislang kaum evaluiert.

Interdisziplinäre und intersektorale Fallbesprechungen sollten strukturiert in allen Einrichtungen der Geburtshilfe eingeführt werden und könnten ein integraler Bestandteil einer Richtlinie werden.

Beurteilung der Datenquellen

Die Daten der Versicherer und der anderen untersuchten Quellen sind nicht für ein tieferes Verständnis resp. eine genaue Analyse des Ereignishergangs und seiner strukturellen und systemischen Faktoren geeignet. Um Schadenshergänge und die Umstände, in denen es zu Fehlleistungen oder -einschätzungen kommen konnte, nachvollziehen zu können, sind detaillierte Kenntnisse nicht nur des Ablaufes, sondern auch der strukturellen Umstände, des Systems und der Umgebungsfaktoren, in denen das Ereignis aufgetreten ist, erforderlich.

Eine konsequente und kontinuierliche Erfassung aller Geburten unter Berücksichtigung der genannten systemischen und individuellen Umstände, wäre in der Lage, Risiken nicht nur zu identifizieren, sondern auch zu quantifizieren. Die Ableitung von sicherheitsstiftenden Qualitätsindikatoren mit Einfluss auf Struktur- und Prozessebene könnte die Folge sein.

Second Victims

Ein alarmierendes Ergebnis war das mangelhafte Hilfsangebot nach einer Schadenssituation. In 34.5% gab es sogar gar keine Hilfsangebote. Dabei zeigt die Befragung nicht nur wie ausgeprägt der Wunsch nach einer professionellen Aufarbeitung ist (71.7%), sondern wie emotional belastet sich die Beteiligten auch Jahre nach dem Vorfall noch fühlen. So haben „Second Victims“ (zu Deutsch: zweiten Opfer) im schlimmsten Fall nicht nur mit der Traumatisierung einhergehenden Einschränkung der Lebensqualität zu kämpfen (Coughlan, Powell, & Higgins, 2017). Aufgearbeitete Traumata stellen auch ein unkalkulierbares Risiko in kritischen Geburtssituation dar. Der traumatisierenden Situation ähnliche Umstände können zu einer akuten Reaktivierung des Traumas führen, was den professionellen Handlungsspielraum der betreffenden Person erheblich einschränkt. Eine nachgelagerte Studie bezüglich der Dunkelziffer der Betroffenen scheint daher aus Sicht des Gutachtenteams sinnvoll. Eine unpublizierte Arbeit aus Österreich zeigt in den vorläufigen Ergebnissen ein ähnliches Bild (Maier, 2015).

8 Empfehlungen

Nach der Zusammenschau aller Ergebnisse des vorliegenden Gutachtens fand eine Bewertung im Gutachtenteam statt. Es wurden acht Empfehlungen für eine sichere Geburtshilfe formuliert.

I. Eine sichere Geburtshilfe ist evidenzbasiert und ihre Interventionen erfolgen begründet und respektvoll.

Hebammen sowie Ärzte und Ärztinnen haben sowohl in der Online-Befragung wie in Experteninterviews, Open Space Workshop und Themenmarktplatz Standards und Leitlinien als Sicherheitsmaßnahmen benannt und (gemeinsame) Schulungen zum Aufbau von evidenzbasierten Wissen gefordert. Die Entwicklung weiterer S3 Leitlinien ist zu begrüßen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass auch die interprofessionelle Kommunikation (Fallbesprechungen, Nachbesprechungen), die zeitnahe und vollständige sowie standardisierte Dokumentation mit aufgenommen werden.

II. Kontinuierliche und intensive Betreuung schützt.

Durch eine kontinuierliche und intensive Betreuung wird auch die physiologische Geburt gefördert und Risikofaktoren von Mutter und Kind können deutlich besser überwacht werden. Für eine angemessene intra- und postpartale Überwachung (fetale Herztöne, Wehentätigkeit lückenlos) sollte bei jeder Geburt gesorgt werden. Hierbei ist entweder eine konsequente CTG-Überwachung (im stationären Kontext) oder ein Auskultieren mit der 1:1 Betreuung (im ambulanten Kontext) als Standard zu definieren. Ebenso ist die Verwendung von Hochrisiko-Arzneimittel konsequent zu überwachen. In geburtshilflichen Einrichtungen sowie in der ambulanten Geburtshilfe sollte für einen ausreichenden Personalschlüssel gesorgt werden.

III. Der Auf- und Ausbau von Wissen muss interprofessionell erfolgen.

Geburtshilfe findet im (interprofessionellen) Team statt. Miteinander Lernen und voneinander Lernen muss schon in der Ausbildung gemeinsam beginnen. Nur so entstehen eine Verbindlichkeit des Wissens und ein verantwortungsvoller Umgang miteinander. Regelmäßige Simulation, das gemeinsamen „Durchspielen“ von Notfallsituationen mit Feedback baut solches Wissen effektiv auf.

Schulungen in Pharmakologie sollten verpflichtend für Hebammen eingeführt werden, ohne eine entsprechende Zertifizierung sollten Hochrisiko-Medikamente nicht von Hebammen angewendet werden dürfen. Im internationalen Umfeld ist dies bereits Standard (International Confederation of Midwives, 2013). Ebenso sollte sichergestellt werden, dass die an der Geburtshilfe beteiligten Akteure eine fachgerechte Reanimation durchführen können; dies ist mit Pflichtfortbildungen sicherzustellen.

IV. Ein konstruktiver Umgang mit Fehlern gehört zu einer sicheren Geburtshilfe dazu.

Interdisziplinäre und intersektorale Fallbesprechungen, Fehleranalysen und Fehlermeldesysteme, regelmäßige Teambesprechungen in einer guten Atmosphäre, die den oder die Einzelne nicht verurteilt, führen zu einer Erhöhung der Sicherheit für Mutter und Kind. Gleichzeitig werden belastende und traumatisierende Erfahrungen der Mitarbeitenden frühzeitig angesprochen und Bewältigung kann in der Organisation beginnen.

V. Effektive Kommunikation schützt vor Fehlern

Die Ergebnisse aller Methoden des Gutachtens zeigen, dass eine effektive Kommunikation ein Schutzfaktor ist. Kommunikationstechniken für strukturierte Übergaben und für die Kommunikation in Notfallsituationen müssen Standard in der Geburtshilfe in allen Sektoren sein.

VI. Ein respektvolles Schnittstellenmanagement muss weiter professionalisiert werden.

Die Zusammenarbeit mit Berufsgruppen innerhalb der Klinik (z.B. Anästhesie, Neonatologie) und die Zusammenarbeit zwischen außerklinischer Geburtshilfe und Klinik muss respektvoll sein und strukturiert. Standards, Checklisten und Fallbesprechungen helfen dabei.

VII. Eine standardisierte Dokumentation schützt und erhöht die Transparenz

Wünschenswert ist eine verpflichtende einheitliche nationale Dokumentation von Geburten und Geburtsverläufen. Allen Akteuren ist die Dokumentation für Geburtshilfe seit dem ersten Tag der Ausbildung bekannt. Das erhöht die Sicherheit in Krisensituationen und erleichtert die Nachbearbeitung. Darüber hinaus ist eine lückenlose Dokumentation gerade bei unerwünschten

Verläufen unerlässlich. Die Dokumentation ist integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements und des Risikomanagements und sollte in die Qualitätssicherung mit aufgenommen werden. So entsteht eine bessere Transparenz und Vergleichbarkeit.

VIII. Eine systematische Erfassung und Analyse von Schadensfällen in der Geburtshilfe muss aufgebaut werden.

Die nicht ausreichende Datenlage und Datenqualität ziehen sich wie ein roter Faden durch dieses Gutachten. Es gibt keine umfassende Behandlungsfehlerstatistik in Deutschland; weder der Medizinische Dienst der Krankenkassen, noch die Schlichtungsstellen der Ärztekammern, noch die Haftpflichtversicherer selbst oder eine andere unabhängige Organisation sind in der Lage, valide Daten zu liefern. Empfehlenswert ist hier ein nationales Behandlungsfehlerregister.

Ebensowenig gibt es eine sektorübergreifende Qualitätssicherung in der Geburtshilfe. Gerade vor dem Hintergrund, dass Geburtshilfe in Deutschland häufig am Sektorenrand geschieht, ist eine gemeinsame Qualitätssicherung von ambulantem und stationären Bereich sinnvoll. Weiterhin gibt es kein zentrales Melderegister für Hebammen. Die Versorgungssituation mit Hebammen in Deutschland ist somit nicht eindeutig zu beschreiben.

IX. Für die Datenerhebung und für Gutachten in Haftungsfällen müssen vergleichbare Standards entwickelt werden.

In den Fallanalysen bei den verschiedenen Versicherungsunternehmen unterscheiden sich die Datensammlung und der Umgang mit Gutachten und Gutachtern und Gutachterinnen erheblich. Analog zum Katalog für Mindestanforderungen für familienpsychologische Gutachten (Janisch, 2017) und der Einführung eines anonymisierten Peer-Review-Verfahrens ist ein Standard für Gutachten und Gutachter und Gutachterinnen in der Geburtshilfe sinnvoll. Gleichzeitig sollte verlässlich sichergestellt werden, dass in einem geburtshilflichen Fall mit Beteiligung einer Hebamme auch mindestens eine Hebamme als Sachverständige hinzugezogen wird (Knehe, 2016).

X. Transparente Qualitätssicherung bei Perinatal- und Neonataldaten

Es gibt keine sektorübergreifende Qualitätssicherung in der Geburtshilfe. Gerade vor dem Hintergrund, dass Geburtshilfe in Deutschland häufig am Sektorrand geschieht, ist eine gemeinsame Qualitätssicherung von ambulantem und stationärem Bereich sinnvoll. Weiterhin gibt es kein zentrales Melderegister für Hebammen, die Versorgungssituation mit Hebammen in Deutschland ist somit nicht eindeutig zu beschreiben.

Die tatsächlichen Auswirkungen von Risiken lassen sich nur dann bemessen, wenn die Bereiche Geburtshilfe und Neonatologie hinsichtlich der Qualitätssicherung als sich überschneidende Gebiete nicht nur verstanden, sondern auch systematisch betrachtet werden.

XI. Etablierung von nationaler systematischer Gesundheitsforschung und -berichterstattung im Bereich Mutter-Kind Gesundheit

Sowohl die Literaturrecherche, als auch die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Geburtshilfe haben deutlich gemacht, an wie vielen Stellen es im internationalen, ganz besonders jedoch auch im deutschen Umfeld, an Versorgungsforschung in der Geburtshilfe fehlt. Weitere Forschung ist nötig, um die identifizierten Aspekte und Konstellationen auf ihre praktische Relevanz und Frequenz hin zu untersuchen und für das deutsche Umfeld zu validieren.

9 Anhang

9.1 Literaturverzeichnis

Abedzadeh-Kalahroudi, M., Talebian, A., Jahangiri, M., Mesdaghinia, E., & Mohammadzadeh, M. (2015). Incidence of Neonatal Birth Injuries and Related Factors in Kashan, Iran. *Archives of Trauma Research*, 4(1), 1–5. <https://doi.org/10.5812/at.22831>

Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“. (2014), (April).

Achterberg, S., Barth, S., Hoffmann, B., Hofinger, G., Janakiew, P. W., Meier, A.-A., ... van Vegten, A. (2014). Wege zur Patientensicherheit Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit, 1–40.

Adams, J. (1977). Intrapartum Risk Factors and Neonatal Mortality. *Journal of Nurse-Midwifery*, XXII(1), 35–40.

Amelink-Verburg, M. P., Verloove-Vanhorick, S. P., Hakkenberg, R. M. A., Veldhuijzen, I. M. E., Bennebroek Gravenhorst, J., & Buitendijk, S. E. (2008). Evaluation of 280 000 cases in Dutch midwifery practices: A descriptive study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(5), 570–578. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01580.x>

Ärztezeitung. (2017). Prämien für Hebammen steigen weiter. *Ärztezeitung online (fst)*. Berlin. Abgerufen von https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/938941/haftpflichtversicherung-praemien-hebammen-steigen-weiter.html

Ashcroft, B. (2003). *REPORT FOR THE NATIONAL PATIENT Summary of findings from the root cause analysis of 37 adverse events and near misses in obstetrics*.

Ashcroft, B., Elstein, M., Boreham, N., & Holm, S. (2003). Prospective semistructured observational study to identify risk attributable to staff deployment, training, and updating opportunities for midwives. *British medical journal*, 327(7415), 584–0. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7415.584>

Azzopardi, D., Strohm, B., Linsell, L., Hobson, A., Juszczak, E., Kurinczuk, J. J., ... Edwards, A. D. (2012). Implementation and conduct of therapeutic hypothermia for perinatal Asphyxial encephalopathy in the UK - Analysis of national data. *PLoS ONE*, 7(6), 2012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038504>

Barth, S., Frank, O., Hart, D., Hoffmann, B., Lauterberg, J., Petry, F.-M., ... Thomeczek, C. (2017). *Reden ist Gold*. (J. Lauterberg, Hrsg.), *Arbeitskreis „Kommunikation nach einem Zwischenfall“* (3. Auflage). Berlin: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Bauer, S., & Kötter, C. (2013). [Midwife-led birth centres: an alternative to hospital childbirth?]. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 217(1), 14–23. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1333214>

Becker, S., Hofmann, W., Kowalski, I., & Skorning, M. (2017). *Jahresstatistik 2016: Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft*. Essen. Abgerufen von www.mds-ev.de

Berglund, S., Grunewald, C., Pettersson, H., & Cnattingius, S. (2008). Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990-2005. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(3), 316–323. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01602.x>

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) - Berlin (2010). Deutschland.

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten

Gutachten

- Bovbjerg, M. L., Cheyney, M., Brown, J., Cox, K. J., & Leeman, L. (2017). Perspectives on risk: Assessment of risk profiles and outcomes among women planning community birth in the United States. *Birth*, 44(3), 209–221. <https://doi.org/10.1111/birt.12288>
- Brennan, T. a, Leape, L. L., Laird, N. a N. M., Ph, D., Hebert, L., Sc, D., ... Hiatt, H. H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, 324(6), 370–376. Abgerufen von http://www.aegris.org/blog/Harvard_I.pdf
- Brüsemeister, T. (2008). Qualitative Forschung: Ein Überblick. In *Qualitative Forschung* (S. 53–228). https://doi.org/10.1007/978-3-531-91182-3_2
- Bundesärztekammer. (2017). Ärztstatistik zum 31. Dezember 2017. Abgerufen von http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2017/Stat17AbbTab.pdf
- Carlo, W. A., McClure, E. M., Chomba, E., Chakraborty, H., Hartwell, T., Harris, H., ... Wright, L. L. (2010). Newborn Care Training of Midwives and Neonatal and Perinatal Mortality Rates in a Developing Country. *Pediatrics*, 126(5), e1064–e1071. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3464>
- Cheney, M., Bovbjerg, M., Everson, C., Gordon, W., Hannibal, D., & Vedam, S. (2014). Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(1).
- Clark, S. L., Simpson, K. R., Knox, G. E., & Garite, T. J. (2009). Oxytocin: new perspectives on an old drug. *Am J Obstet Gynecol*, 200(1), 35 e1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.06.010> \rS0002-9378(08)00620-0 [pii]
- Coughlan, B., Powell, D., & Higgins, M. F. (2017). The Second Victim: A Review. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 213, 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.002>
- De Jonge, A., Geerts, C. C., Van Der Goes, B. Y., Mol, B. W., Buitendijk, S. E., & Nijhuis, J. G. (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: A cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(5), 720–728. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13084>
- destatis. (2017). *Statistisches Bundesamt 10 919 Hebammen und Entbindungspfleger leisteten Geburtshilfe in Krankenhäusern. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.* Abgerufen von https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2017/PD17_18_p002pdf.pdf?__blob=publicationFile
- Deutsche Ärztinnenbund. (2016). *Frauen in Führungspositionen - Medical Women on Top.* (G. Kaczmarczyk, Hrsg.). Berlin.
- Deutscher Bundestag. (2014). Ausgaben für Hebammen stetig gestiegen. *hib 163/2014*, S. hib 163/2014. Berlin.
- Eunson, P. (2012). Aetiology and epidemiology of cerebral palsy. *Paediatrics and Child Health*, 22(9), 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2012.05.008>
- Fiß, T. (2016). Gesundheit in Deutschland. *Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten*, 39(12), 536–537. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(91\)90076-A](https://doi.org/10.1016/0168-8510(91)90076-A)
- G-BA. Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL, Gemeinsamer Bundesausschuss § (2018).

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten

Gutachten

- GBE. (2016). Entbindungen in Krankenhäusern (Anzahl und in Prozent). Abgerufen von http://www.gbe-bund.de/gbe10/express.prc_expr?p_uid=gast&p_aid=28588640&p_sprachkz=D&p_sprache=D&p_indsp=&p_var=0&nummer=552&p_ityp=H&p_hlpr=1&p_window=N&p_aufruf_nummer=480
- GDV. (2015, Juni 29). Berufshaftpflicht - Kosten für Geburtsschäden schwer kalkulierbar. Abgerufen 29. März 2018, von <https://www.gdv.de/de/themen/news/kosten-fuer-geburtsschaeden-schwer-kalkulierbar-16288>
- Geburtshilfe. (2017).
- Gechter, D., Nothacker, M., Khan, C., Rütters, D., Mavergames, C., Motschall, E., ... Meerpohl, J. J. (2013). Manual Systematische Literaturrecherche für die Erstellung von Leitlinien. *Deutsches Cochrane-Zentrum, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften- Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin*, 1–54. <https://doi.org/10.6094/UNIFR/2013/2>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Observations* (Bd. 1). <https://doi.org/10.2307/2575405>
- Grünebaum, A., McCullough, L. B., Arabin, B., Dudenhausen, J., Orosz, B., & Chervenak, F. A. (2016). Underlying causes of neonatal deaths in term singleton pregnancies: Home births versus hospital births in the United States. *Journal of Perinatal Medicine*, 45(3), 349–357. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0200>
- Grünebaum, A., McCullough, L. B., Sapra, K. J., Arabin, B., & Chervenak, F. A. (2017). Planned home births: the need for additional contraindications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(4), 401.e1-401.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.01.012>
- Grünebaum, A., McCullough, L. B., Sapra, K. J., Brent, R. L., Levene, M. I., Arabin, B., & Chervenak, F. A. (2014). Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211(4), 390.e1-390.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.047>
- Guise, J.-M., Eden, K., Emeis, C., Denman, M., Marshall, N., Fu, R., ... McDonagh, M. (2010). Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. In *Obstetrics and Gynecology* (Bd. 115, S. 1279–1295). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Hillienhof, A. (2018). Geburtshilfe: Jede dritte Klinik musste Schwangere abweisen. *Dtsch Arztebl International*, 115(5), A-180-. Abgerufen von <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=196100>
- Hutton, E. K., Cappelletti, A., Reitsma, A. H., Simioni, J., Horne, J., McGregor, C., & Ahmed, R. J. (2015). Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *Cmaj*, 188(5), e80–e90. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150564>
- Hutton, E. K., Reitsma, A. H., & Kaufman, K. (2009). Outcomes Associated with Planned Home and Planned Hospital Births in Low - Risk Women Attended by Midwives in : A Retrospective Cohort Study. *Birth*, 36(September), 180–189. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x>
- IMAG. (2014). Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“, (April).
- International Confederation of Midwives. (2013). Global Standards for Midwifery Education. *Global Standards*, (2010), 1–9.

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten

Gutachten

IQTiG. (2017). *Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016 Geburtshilfe*. Berlin.

ISO Technical Management Board Working Group on risk management. (2009). ISO 31000:2009(en), Risk management — Principles and guidelines. Abgerufen 17. Dezember 2016, von <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:43170:en>

Janisch, W. (2017). Familienpsychologische Gerichtsgutachten sollen besser werden. *Süddeutsche.de*. Deutschland. Abgerufen von <http://www.sueddeutsche.de/wissen/2.220/rechtspsychologie-familienpsychologische-gerichtsgutachten-sollen-besser-werden-1.3771215>

Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Cmaj*, *181*(6–7), 377–383. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081869>

Johansen, L. T., & Oian, P. (2011). Neonatal deaths and injuries. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke*, *131*(24), 2465–2468. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0775>

Johnson, K. C., & Daviss, B. A. (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: Large prospective study in North America. *British medical journal*, *330*(7505).

Jürgensen, W. (2017, Oktober 17). Geburtshilfen droht die Schließung. *Bergerdorfer Zeitung*. Geesthacht/Ratzeburg/Lübeck. Abgerufen von <https://www.bergedorfer-zeitung.de/nachrichten/article212354751/Geburtshilfen-droht-die-Schliessung.html>

Kirkup, B. (2015). *The Report of the Morecambe Bay Investigation*.

Knehe, H. M. (2016). *Die Haftung der Hebamme* (MedR Schri). Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48280-3>

Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (4., vollst). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Leitlein, H. (2015). Geburtshilfe: Das Ende der Hebammen. *DIE ZEIT*, S. 16–19. Abgerufen von <http://www.zeit.de/gesellschaft/2015-07/hebammen-elternprotest-versicherung/komplettansicht?print#!top-of-overscroll>

Lewis, D., Downe, S., Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrharan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *131*(1), 9–12. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.019>

Liker, J. K., & Meier, D. (2006). *The Toyota Way Fieldbook: A Practical Guide for Implementing Toyota's 4Ps*. McGraw-Hill USA. <https://doi.org/10.1036/0071448934>

Loytved, C. (2016). *Qualitätsbericht 2015 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. Abgerufen von www.quag.de

Maier, B. (2015). Sekundäre Traumatisierung von Geburtshelfern. Abgerufen 31. März 2018, von <http://ch.universimed.com/fachthemen/6440>

Malloy, M. H. (2010). Infant outcomes of certified nurse midwife attended home births: United States 2000 to 2004. *Journal of Perinatology*, *30*(9), 622–627. <https://doi.org/10.1038/jp.2010.12>

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten

Gutachten

- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. *NICE clinical guideline 190*, (April 2007), 805. <https://doi.org/NBK49388> [bookaccession]
- NHS Litigation Authority. (2009). *Study of Stillbirth Claims*. London. Abgerufen von www.nhs.uk
- NHS Litigation Authority. (2012). *Ten Years of Maternity Claims*.
- Olsen, O., & Clausen, J. (2014). *Planned hospital birth versus planned home birth*. Europe PMC Funders Group. PMC.
- Patientensicherheit, A. (2007). *Agenda Patientensicherheit 2007*, 103.
- Peerally, M. F., Carr, S., Waring, J., & Dixon-Woods, M. (2016). The problem with root cause analysis. *BMJ quality & safety*, (June), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005511>
- Petersen, A., Köhler, L.-M., Schwarz, C., Vaske, B., & Gross, M. (2017). *Outcomes geplanter außerklinischer und klinischer Low-Risk Geburten in Niedersachsen*. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* (Bd. 221). <https://doi.org/10.1055/s-0043-101528>
- Pham JC, Hoffman C, Popescu I, I. O. (2013). *Concise Incident Analysis Tool: A Resource for Health Care Organization*.
- QUAG. (2016). QUAG e.V. - Historie.
- Reason, J. T. (1993). The human factor in medical accidents. In C. A. Vincent (Hrsg.), *Medical Accidents* (Oxford Med). Oxford.
- Rei, M., Ayres-de-Campos, D., & Bernardes, J. (2016). Neurological damage arising from intrapartum hypoxia/acidosis. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 30, 79–86. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.04.011>
- Risikomanagement für Organisationen und Systeme - Teil 2: Leitfaden für die Methoden der Risikobeurteilung - Anwendung von ISO/DIS 31000 in der Praxis (2014).
- Sadler, L. C., Farquhar, C. M., Masson, V. L., & Battin, M. R. (2016). Contributory factors and potentially avoidable neonatal encephalopathy associated with perinatal asphyxia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(6), 747.e1-747.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.12.037>
- Schiffrin, B. S., Soliman, M., & Koos, B. (2016). Litigation related to intrapartum fetal surveillance. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 30, 87–97. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.06.007>
- Schneider, U., Jaekel, S., Liebers, N., & Schlußner, E. (2017). Verlegungsmanagement nach abgebrochener außerklinischer Geburt – Bestandsaufnahme für den Zeitraum 2015 – 2016 in Jena. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 221(S 01), P01-24. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1607724>
- Schramm, W. F., Barnes, D. E., & Bakewell, J. M. (1987). Neonatal mortality in Missouri home births, 1978-84. *American Journal of Public Health*, 77(8), 930–935. <https://doi.org/10.2105/AJPH.77.8.930>
- Schwarz, C. (2011). *Medizin und Wissenschaft. Autoritätskonflikte und Selbstbestimmung im Widerstreit*. Über

eine neu aufgelegte Hausgeburtsstudie. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 5(June), 62–63.

Schwarz, C., Schäfers, R., Loytved, C., Heusser, P., Abou-Dakn, M., König, T., & Berger, B. (2016). Temporal trends in fetal mortality at and beyond term and induction of labor in Germany 2005-2012: data from German routine perinatal monitoring. *Archives of gynecology and obstetrics*, 293(2), 335–43. <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3795-x>

Schwarz, C., Weiss, E., Loytved, C., Schäfers, R., König, T., Heusser, P., & Berger, B. (2015). Fetale Mortalität bei Einlingen ab Termin – eine Analyse bundesdeutscher Perinataldaten 2004–2013. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 219(2), 81–86. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398659>

Soergel, P., Kaisenberg, C. von, & Hillemanns, P. (2015). Haftpflicht: Zwei-Klassen-Haftung in der Geburtshilfe. *Deutsches Ärzteblatt*, 112(13), a-578; b-492; c-480.

Solet, D., Norvell, J., Rutan, G., & Frankel, R. (2005). Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 80(12), 1094–9.

Strübing, J. (2008). *Grounded theory: zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. (2., überarb.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Symon, A., Winter, C., & Donnan, P. T. (2010). Examining autonomy's boundaries: a follow-up review of perinatal mortality cases in UK independent midwifery. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 37(4), 280–287. Abgerufen von <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=360271994>

Symon, A., Winter, C., Donnan, P. T., & Kirkham, M. (2010). Examining autonomy's boundaries: a follow-up review of perinatal mortality cases in UK independent midwifery. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 37(4), 280–287. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00422.x>

Symon, A., Winter, C., Inkster, M., & Donnan, P. T. (2009). Outcomes for births booked under an independent midwife and births in NHS maternity units: Matched comparison study. *BMJ (Online)*, 338(7709), 1485. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2060>

Taylor-Adams, S., & Vincent, C. (2004). Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. *Clinical Risk*, (10), 211–220. Abgerufen von <http://gpnz.org.nz/wp-content/uploads/8-London-Protocol.pdf>

Tempel, F. (2017, Juni 23). Klinikum Erding: Kreißaal wird geschlossen. *Süddeutsche.de*. München.

UHMBFT. (2016). 'One Year On' How we implemented the Kirkup Report. Abgerufen von https://www.uhmb.nhs.uk/files/3614/6426/1247/Morecambe_Bay_Investigation_-_One_Year_On_Report_issued_26_May_2016.pdf

VA U.S. Department of Veterans Affairs. (2015). Root Cause Analysis (RCA) Step-By-Step Guide, 1–6. Abgerufen von http://www.patientsafety.va.gov/docs/joe/rca_step_by_step_guide_2_15.pdf

Van Der Kooy, J., Poeran, J., De Graaf, J. P., Birnie, E., Denktass, S., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2011). Planned home compared with planned hospital births in the netherlands: Intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstetrics and Gynecology*, 118(5), 1037–1046. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182319737>

Van der Schaaf, T. ., & Habraken, M. M. . (2005). Prisma-Medical, a brief description. *Vasa*, 9. Abgerufen von

Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten

Gutachten

<http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>

Villmar, A., & Bauer, N. H. (2017). Hebammenversorgung in Nordrhein-Westfalen – eine explorative Querschnittstudie. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 221(S 01), P08-8. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1607913>

Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare. Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0>

Wachter, R. M. (2010). *Fokus Patientensicherheit*. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag.

Yego, F., D'Este, C., Byles, J., Nyongesa, P., & Williams, J. S. (2014). A case-control study of risk factors for fetal and early neonatal deaths in a tertiary hospital in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0389-8>

Yu, Y., Chen, J., Li, D., Wang, L., Wang, W., & Liu, H. (2016). Systematic Analysis of Adverse Event Reports for Sex Differences in Adverse Drug Events. *Scientific reports*, 6, 24955. <https://doi.org/10.1038/srep24955>

Zech, A., Gross, B., Jasper-Birzele, C., Jeschke, K., Kieber, T., Lauterberg, J., ... Singer, I. (2017, Januar). Evaluation of simparteam- A needs-orientated team training format for obstetrics and neonatology. *Journal of Perinatal Medicine*. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0091>

Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009, Juli). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. (M. Zwarenstein, Hrsg.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>

9.2 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: P.Gruber im Gespräch beim Open Space Workshop.....	30
Abb. 2: Interaktives Erarbeiten und Diskutieren von Lösungsansätzen	31
Abb. 3: Positive Resonanz in Posts und Tweets auf unterschiedlichen Känalen sozialer Medien.....	32
Abb. 4: Viele konstruktive Diskussionen und Ideen wurden auf dem Themenmarktplatz des 28. Perinataalkongresses zusammengetragen.....	34
Abb. 5: Anzahl und Schadenssumme der Fälle im zeitlichen Verlauf nach Schadensjahr	43
Abb. 6: GDV-Liste: Schadenkategorien Krankenhaus	45
Abb. 7: GDV-Liste: Schadenkategorien im Geburtshaus / HGE	45
Abb. 8: GDV-Liste: Schadenkategorien bei der Hausgeburt	46
Abb. 9: GDV-Liste: Schadenkategorien im Sonstige (Wochenbett)	46
Abb. 10: Nennung der Risikofaktoren in den Experteninterviews.....	57
Abb. 11: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in den Risikofaktoren Team und Kommunikation in den Experteinterviews.....	58
Abb. 12: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in den Risikofaktoren individuelle Faktoren der Frau/Mutter.....	59
Abb. 13: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in Faktor strukturelle Risiken	60
Abb. 14: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in Risikofaktor Qualitätssicherung	62
Abb. 15: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in Risikofaktor Personalsituation	63
Abb. 16: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in Risikofaktor individuellen Faktoren der Hebamme	64
Abb. 17: Nennung Kodierungen nach Häufigkeit in Risikofaktor Schnittstelle zwischen der außerklinischen und klinischen Geburtshilfe	65
Abb. 18: Beruf der Befragten	67
Abb. 19: Berufsstatus Hebammen	68
Abb. 20: Aktive Jahre in der Geburtshilfe nach Einrichtung	69
Abb. 21: Anzahl jährlich betreuter Geburten nach Einrichtung.....	70
Abb. 22: Top Ten der Begleitumstände im Schadensfall nach Berufsgruppen einfügen.....	71
Abb. 23: Risikofaktor Terminüberschreitung (Mittelwerte)	74
Abb. 24: Risikofaktor Zeitpunkt (Mittelwerte).....	74

Abb. 25: Risikofaktor Zeitverzögerung (Mittelwerte)	75
Abb. 26: Grundsätzliche Risikofaktoren (Mittelwerte)	75
Abb. 27: Vorhandene Sicherheitsmaßnahmen: Personal und Infrastruktur	76
Abb. 28: Vorhandene Sicherheitsmaßnahmen: Kommunikation	76
Abb. 29: Vorhandene Sicherheitsmaßnahmen: Standards und Checklisten	77
Abb. 30: Vorhandene Sicherheitsmaßnahmen: Schulung	77
Abb. 31: Wünschenswerte Sicherheitsmaßnahmen: Personal.....	79
Abb. 32: Wünschenswerte Sicherheitsmaßnahmen: Schulung	79
Abb. 33: Wünschenswerte Sicherheitsmaßnahmen: Standards und Checklisten	80
Abb. 34: angebotene und wünschenswert Hilfsangebote.....	81
Abb. 35: Open Space - Lösungsansätze.....	84

9.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schadensfälle, Gesamt- und durchschnittliche Schadenssumme nach Schadensort	42
Tabelle 2: Schadensursache und -summe nach Schadenort.....	48
Tabelle 3: Anzahl der betreuten Geburten	69
Tabelle 4: Erfahrung mit vermuteten oder tatsächlichen Geburtsschäden	71
Tabelle 5: Behandlungsfehler lt. MDS Jahresstatistik2016 und Anzahl Geburten lt. QUAG e.V. 2016	82