

Aus der Praxis der Norddeutschen Schlichtungsstelle

Mastoiditis

(Dr. med. K. Dickhaeuser)

Die klinischen Erscheinungen einer Mastoiditis können so eindeutig sein, daß die Diagnose schnell zu stellen ist: Fortbestehen der Otitis in der 3. Krankheitswoche, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, subfebrile Temperaturen, klopfende Ohrenscherzen, Zunahme eines pulsierenden eitrigen Sekrets, Verschlechterung des Gehörs, Druckschmerz über dem Mastoid mit Weichteilschwellung und Rötung der Haut, Abstehen der Ohrmuschel. Daneben gibt es Verlaufsformen ohne deutliche Symptomatik, insbesondere kann eine antibiotische Behandlung bei unzureichender bakteriostatischer Wirkung der Otitis media einen latenten Charakter geben und zu einer symptomarmen Mastoiditis führen.

Die Diagnose der Mastoiditis ist auch schwieriger geworden, weil die Eiterung - wie so häufig - fehlt, und das Trommelfell - wie ebenfalls häufig - geschlossen ist.

Kasuistik:

Der 16jährige Patient erkrankte im Alter von 16 Jahren an einer rechtsseitigen Mittelohrentzündung. Er wurde am 21.03.1996 vom Hausarzt, einem Facharzt für Allgemeinmedizin, untersucht und mit einem Antibiotikum behandelt. Dem vereinbarten Termin zur erneuten Vorstellung am 25.03.1996 kam der Patient nicht nach, sondern suchte am 28.03.1996 die Sprechstunde eines HNO-Arztes auf. Bei noch vorhandenen entzündlichen Veränderungen am rechten Trommelfell wurde eine Parazentese durchgeführt, wobei sich bernsteinfarbendes Sekret aus der Paukenhöhle absaugen ließ. Der HNO-Arzt erfuhr, daß der Patient schon seit einer Woche von seinem Hausarzt ein Antibiotikum verordnet bekommen hatte. Der Aufforderung, einen Tag nach der Parazentese zur Kontrolle des Befundes zu erscheinen, kam der Patient nicht nach. Erst am 01.04. und 03.04.1996 konnte eine erneute Untersuchung durchgeführt werden, wobei ein Sekretabfluß aus der Paukenhöhle ohne sonstige Krankheitssymptome festgestellt wurde. Am 08.04.1996 suchte der Patient den ärztlichen Notdienst auf, da er über starke Kopfschmerzen klagte. Unter der Diagnose "Otitis media rechts mit Kopfschmerzen" wurde Rulid verordnet mit der Aufforderung, am folgenden Tag die Sprechstunde des HNO-Arztes aufzusuchen. Diese Untersuchung erfolgte am 09.04.1996. Das rechte Trommelfell wurde als zart gerötet ohne sonstigen auffälligen otologischen Befund beschrieben. Der HNO-Arzt war die Verordnung von Rulid bekannt, so daß er sich von dieser Maßnahme einen Rückgang der noch leicht vorhandenen entzündlichen Veränderung des Trommelfelles versprach. Bei der erneuten Vorstellung bei dem HNO-Arzt am 13.04.1996 wurde vermerkt, daß noch eine Otalgie rechts bei zart gerötetem, intaktem Trommelfell und einer Rötung am Dach des rechten Gehörgangs bestand. Weitere diagnostische Maßnahmen wurden nicht durchgeführt. Vom Patienten und seiner Mutter erfuhr der HNO-Arzt, daß das verordnete Antibiotikum aufgrund von Unverträglichkeitsreaktionen nicht ordnungsgemäß eingenommen worden war. Am 12.04. fand eine Untersuchung beim Hausarzt wegen starker Übelkeit statt, was als Gastritisverdacht durch die eingenommenen Medikamente angesehen wurde. Da sich das Krankheitsbild für den Hausarzt nicht zufriedenstellend abklären ließ, Übelkeit und Kopfschmerzen stark zunahmen, stellte er den Patienten am 13.04.1996 in der internistischen Notambulanz vor. Die aufgetretenen Krankheitssymptome konnten nicht einem speziellen Krankheitsbild zugeordnet werden, und so blieb der Patient in ambulanter Beobachtung des Hausarztes, der ihn täglich sah. Nachdem durch ein neuerlich verabfolgtes Antibiotikum und ein magenschleimhautschonendes Medikament keine Besserung eintrat, sich Temperaturen entwickelten, die Bauchbeschwerden stärker wurden und der Patient randalierte, erfolgte am 18.04.1996 die Einweisung zur stationären Behandlung in ein Kreiskrankenhaus. Hier wurde die Diagnose "Meningitis nach Sinusitis, Otitis media und grippalem Infekt mit Verbrauchskoagulopathie und beginnendem Waterhouse-Friedrichsen-Syndrom" gestellt. Noch am selben Abend wurde bei der Schwere des Krankheitsbildes eine Verlegung in eine Universitäts-HNO-Klinik veranlaßt. Hier wurde nach Erkennung einer vorliegenden Mastoiditis mit röntgenologisch feststellbarer Sinusthrombose am 19.04.1996 in den Morgenstunden die Mastoidektomie durchgeführt. Die Erkrankung verlief trotzdem weiter unter dem Bild einer Sepsis mit unterschiedlicher Organgbeteiligung und deren Folgeerscheinungen. Es handelte sich dabei um eine Sinusthrombose, embolische Herdenzephalitis, Endokarditis mit Mitralklappenbeteiligung, Milz und Gallenblase einbezogen, Waterhouse-Friedrichsen-Syndrom, nekrotisierende Fasziitis im Bereich des rechten Unterarms und Kniegelenksentzündung. Diese Folgeerscheinungen zogen die verschiedensten Operationen nach sich, die in den darauffolgenden Monaten durchgeführt wurden.

Sowohl gegenüber dem Arzt für Allgemeinmedizin als auch dem HNO-Arzt wurden Schadensersatzansprüche mit dem Vorwurf geltend gemacht, daß die rechtsseitige Ohrerkrankung nicht richtig erkannt und behandelt worden sei.

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter kommt zu dem Ergebnis, daß die rechtsseitige Mittelohrentzündung durch den Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin) beim ersten Besuch richtig erkannt und mit der Verordnung von Medikamenten, die den heutigen Regeln der Heilkunde entsprechen, behandelt wurde. Durch Nichterscheinen des

Schlichtungsstelle: fb06-99

Patienten in der Sprechstunde konnte der unmittelbare Verlauf der Erkrankung nicht verfolgt werden. Auch die zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführte Behandlung habe ein Fehlverhalten des Hausarztes nicht erkennen lassen.

Die Durchführung der Parazentese durch den HNO-Arzt habe den otologischen Regeln entsprochen, bei den Kontrolluntersuchungen am 4. und 6. Tag danach bot das otologische Krankheitsbild keine Zeichen einer sich anbahnenden Mittelohrkomplikation. Nachdem jedoch in der 3. Krankheitswoche Kopf- und Ohrenscherzen auftraten und bei einem Notarztbesuch ein neues Antibiotikum verordnet worden war, hätte das zart gerötete, intakte Trommelfell sowie die Rötung am Dach des Gehörgangs an die Möglichkeit einer Mastoiditis denken lassen müssen. Die Unterlassung der Röntgenaufnahme des Warzenfortsatzes zu diesem Zeitpunkt der Erkrankung bei neu aufgetretenen otologischen Beschwerden auch bei dem geringfügigem otoskopischen Befund muß nach Meinung des Gutachters als diagnostisches Versäumnis bewertet werden. Die rechtzeitige Erkennung der dem entzündlichen Mittelohrprozeß nachfolgenden Mastoiditis hätte eine frühzeitigere Mastoidektomie nach sich gezogen und so das Fortschreiten auf den Sinus sigmoideus mit Thrombosenbildung und Keimausschüttung verhindern können. Die Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes hätte an einen untypischen Verlauf der Mittelohrerkrankung denken lassen müssen. Insbesondere die Rötung am Dach des Gehörgangs konnte nicht als Gehörgangsentzündung gedeutet werden, sondern als Komplikation der Mittelohrentzündung im Sinne einer Mastoidbeteiligung. Die Schadensersatzansprüche gegenüber dem HNO-Arzt wurden für begründet erachtet.

Die Nichtbeachtung der Vorstellungstermine durch den Patienten sowohl beim Hausarzt wie auch beim HNO-Arzt waren als den Behandlungsverlauf erschwerend anzusehen, so daß die Frage eines Mitverschuldens auf Patientenseite zu prüfen war. Dazu wird in der Rechtsprechung die Auffassung vertreten, daß der Arzt sich auch bei Verletzung einer ärztlichen Sorgfaltspflicht grundsätzlich auf § 254 Abs. 1 BGB berufen kann, wenn sich der zu schützende Patient durch mit-ursächliches schuldhaftes Verhalten selbst einen Schaden zufügt. Ein Mitverschulden im Sinne dieser Vorschrift ist zu bejahen, wenn der Geschädigte diejenige Sorgfalt außer acht läßt, die ein ordentlicher und verständiger Mensch zur Vermeidung eigenen Schadens anzuwenden pflegt (BGH VersR 1990, 1362).

Aus diesem Grunde war dem Patienten bzw. seinen Erziehungsberechtigten im vorliegenden Fall ein hälftiges Mitverschulden an der Entstehung des Gesundheitsschadens zuzurechnen.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. K. Dickhauser
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 06/1999

[zurück zur Übersicht](#)