

Kasuistik

Eine 74-jährige Patientin wurde wegen eines zunehmend depressiven Beschwerdebilds in eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie eingewiesen.

Wegen Lungenarterienembolien erfolgten tägliche subkutane Injektionen mit Enoxaparin, das nach einer intrazerebralen Blutung unter Phenprocoumon begonnen worden war. Zur Frage, ob strukturelle zerebrale Läsionen als Folge vorbekannter Erkrankungen (systemischer Lupus erythematodes mit Antiphospholipid-Syndrom, arterielle Hypertonie) eine Ursache der aktuellen Symptomatik sein könnten, wurde am 19. Tag des stationären Aufenthalts ein Magnetresonanztomogramm (MRT) des Kopfs durchgeführt. Im radiologischen Befund wurde unter anderem ein „diskret betontes leptomeningeeales Enhancement“ mitgeteilt und es wurde eine Liquoruntersuchung zur Klärung möglicher Ursachen dieses Befundes empfohlen.

Die behandelnden Ärzte besprachen mit der Patientin das Für und Wider einer Lumbalpunktion (LP), zu der sich die Patientin einverstanden erklärte. Infolgedessen wurde die morgendliche Gabe von Enoxaparin am nächsten Tag pausiert. Nach der gegen 9.30 Uhr durchgeführten LP gab die Patientin an, dass sie eine „Schwere in beiden Hüften und Oberschenkeln“ verspürte. Enoxaparin wurde zwei Stunden nach der LP wieder appliziert. Zum Befund des entnommenen Liquors vermerkte das Labor, „beide Liquorproben sind stark blutig und geronnen, eine Abarbeitung ist nicht möglich“. Um 13 Uhr erfolgte wegen Schmerzen in den Regionen Kreuzbein, Gesäß und Oberschenkel eine neurologische Untersuchung, die keine wesentlichen Änderungen zu den vorbekannten Befunden feststellen konnte. Bei weiterbestehenden starken Schmerzen und Einnässen wurde eine erneute neurologische Untersuchung um 15 Uhr durchgeführt. Aufgrund des dann erhobenen Befunds wurde ein MRT der Lendenwirbelsäule veranlasst. Darin stellte sich eine raumfordernde Einblutung im Lendenwirbelsäulenbereich dar. Der radiologische Befundbericht wurde um 19.36 Uhr der Klinik per Fax zugeleitet. Die erste telefonische Kontaktaufnahme mit der Abteilung für Neurochirurgie erfolgte gegen 20.15 Uhr, die dann die Patientin

www.schlichtungsstelle.de
info@schlichtungsstelle.de

**Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen
Ärztekammern GbR**
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Telefon:
+49 511 / 380 -2416 oder
+49 511 / 380 -2420

übernahm. Dort wurde sie in der Zeit von 23.50 Uhr bis 1.25 Uhr am Folgetag operiert. Laut Operationsbefund wurde die Höhe der LP zwischen dem 12. Brust- und dem ersten Lendenwirbelkörper lokalisiert.

Elf Tage nach der Operation wurde die Patientin zur Rehabilitationsbehandlung verlegt. Der neurologische Befund der Rehabilitationsklinik konstatierte eine schlaffe Paraparese. Zusätzlich bestand eine Entleerungsstörung der Harnblase (Versorgung mit einem suprapubischen Blasenfistelkatheter) und eine Störung der Darmentleerung (Stuhlinkontinenz, Obstipationsneigung).

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin trägt vor, sie hätte der LP nicht zugestimmt, wenn sie genügend Zeit zur Überlegung gehabt hätte. Die LP sei gegen jede Regel der ärztlichen Kunst erfolgt. Zum einen, weil sie unter dem Einfluss blutgerinnungshemmender Mittel durchgeführt worden sei, zum anderen sei die Punktionshöhe fehlerhaft in Höhe BWK 12 - LWK1/2 gewählt worden. Die die LP durchführende Person sei der Patientin nicht bekannt gewesen. Darüber hinaus sei die Qualifikation dieser Person für eine LP zweifelhaft.

Stellungnahme Krankenhaus

Die LP sei zur Beantwortung der Frage durchgeführt worden, ob das im MRT dargestellte leptomenigeale Enhancement durch einen Lupus erythematodes, ein entzündliches Geschehen oder eine Meningeosis carcinomatosa verursacht worden wäre. Die Aufklärung zur LP sei zeit- und sachgerecht erfolgt. Die Patientin sei zum Zeitpunkt der Untersuchung einwilligungsfähig und in der Lage gewesen, den Inhalt des Aufklärungsschreibens zu erfassen. Die LP sei von Frau X durchgeführt worden. Die Patientin habe mit ihr im klinischen Alltag nahezu täglich Kontakt gehabt. Frau X habe die Weiterbildungsbausteine für den Erwerb des Facharztes für Neurologie zuvor in jahrelanger Tätigkeit in der Klinik für Neurologie nahezu vollständig erworben. Die gerinnungshemmende Behandlung mit Enoxaparin sei zeitgerecht unterbrochen worden. Die Weitergabe von Enoxaparin zwei Stunden nach der LP sei wegen der wiederholten Lungenarterienembolien bei kritischer Nutzen-Risiko-Abwägung gerechtfertigt gewesen.

Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte externe Gutachter, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, führte aus, dass sich die Indikation der diagnostischen LP gutachterlich nachvollziehen ließe. Eine LP bei

gleichzeitiger Thromboseprophylaxe durch ein niedermolekulares Heparin beinhalte das Risiko einer Blutung in den Liquorraum. Bei der Patientin hätten Argumente vorgelegen, trotz einer LP die Thromboseprophylaxe beizubehalten. Der Zeitabstand zwischen der letzten Gabe von Enoxaparin und der Fortsetzung der Therapie mit Enoxaparin sei so zu bewerten, dass zum Zeitpunkt der LP kein durch Enoxaparin induziertes erhöhtes Blutungsrisiko bestanden habe. Die Fortführung der Enoxaparin-Behandlung zwei Stunden nach erfolgter LP sei medizinisch gerechtfertigt gewesen.

Bei Auswertung der MRT-Befunde lasse sich feststellen, dass die Punktion in Höhe LWK1/2, fraglich auch in Höhe BKW 12/LWK1 gelegen habe. Im Wirbelkanal von BKW 12 bis LWK3/4 stelle sich Blut in unterschiedlicher Menge und Ausdehnung dar. Auch sei fraglich eine Einblutung in den Conus medullaris festzustellen. Als Nebenbefund erkenne man eine prall gefüllte Harnblase mit Harnaufstau bis in das Nierenbecken.

Einerseits sei die LP durch die S-förmige Skoliose bei LWK3/5 erschwert worden. Andererseits habe bei der Patientin kein Übergewicht bestanden, sodass die Dornfortsätze ertastbar gewesen seien. Auch wenn die Punktion durch die Skoliose kompliziert worden sei, hätte man die LP in keinem Fall im Bereich LWK1/2 bzw. BKW 12/LWK 1 durchführen dürfen. In einer solchen Situation hätte die LP unterbleiben oder unter bildgebender Sichtkontrolle durchgeführt werden müssen.

Der entnommene Liquor sei blutig gewesen. Vom Zeitpunkt der LP bis zur Klärung der Ursache der Beschwerden durch die Bildgebung seien etwa sieben Stunden verstrichen. Im Hinblick auf die sich anbahnende Lähmung sei diese Zeitspanne auffällig lang. Unter Beachtung der Darstellung einer prall gefüllten Blase im MRT sei davon auszugehen, dass die Patientin nach der LP kein oder kaum noch Wasser lassen konnte. Eine prall gefüllte Blase rufe Schmerzen und Unruhe hervor. Es sei fatal, dass diese schwerwiegenden Symptome nicht in die richtige Richtung hin interpretiert worden seien.

Die Patientin sei etwa 12 Stunden nach erfolgter LP in die Abteilung für Neurochirurgie verlegt worden. Der notfallmäßige neurochirurgische Eingriff sei 14 Stunden nach der LP erfolgt. Im Operationsbericht werde die Höhe der LP zwischen BKW 12 und LWK 1 vermutet. Dies unterstreiche die Einschätzung einer fehlerhaften Abweichung von den für eine LP geltenden Standards.

Stellungnahme zum Gutachten

Die Patientin führt aus, dass sie mit den gutachterlichen

Ausführungen zur Aufklärungsrüge nicht einverstanden sei und diese aufrechterhalte. Ferner bezweifele sie, dass Frau X ausreichende Kenntnisse zur Durchführung einer LP besessen habe. Darüber hinaus sei die indikationsbegründende Fragestellung auch nach der LP nicht beantwortet worden sei.

Von Seiten der Klinik wird angeführt, dass der Zeitabstand von sieben Stunden zwischen LP und durchgeführter Bildgebung zwar formal korrekt sei, aber relativiert werden müsse. Üblicherweise erfolge nach einer LP keine weitere Bildgebung, sondern nur dann, wenn Symptome einer Komplikation festgestellt worden seien. Daher sei der Zeitabstand zwischen Feststellung von Komplikationen und der sich daraus anschließenden Diagnostik entscheidend. Wegen der Schmerzen sei die erste Untersuchung um 13 Uhr erfolgt. Zu diesem Zeitpunkt seien keine Befunde erhoben worden, die Anlass zu einer weiteren Klärung gegeben hätten. Erst die zweite Untersuchung um 15 Uhr habe als Ergebnis neurologische Ausfallserscheinungen festgestellt und es sei dann sofort eine Anmeldung zur lumbalen MRT-Untersuchung erfolgt. Hierfür sei der Zeitraum mit circa 1,5 Stunden anzusetzen. Der Zeitbedarf für die sich anschließende neurochirurgische Intervention erkläre sich aus den organisatorischen Besonderheiten vor Ort.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten im Ergebnis an. Die durchgeführte diagnostische LP war indiziert. Zum Zeitpunkt der LP bestand kein durch Enoxaparin bedingtes erhöhtes Blutungsrisiko. Die Fortsetzung der Therapie mit Enoxaparin zwei Stunden nach der LP war medizinisch gerechtfertigt.

Der Aufklärungsbogen zur LP wurde ärztlicherseits am Vortag der LP um 18 Uhr unterzeichnet. Unter den ärztlichen Vermerken zum Aufklärungsgespräch wurde handschriftlich notiert, dass „über allergische Reaktion, eventuelle Lähmungen, Infektionen, Doppeltsehen sowie Blutungen“ aufgeklärt worden sei. Von der Patientin wurde der Aufklärungsbogen am Tag der LP unter der Rubrik „Einwilligung“ ohne Angabe einer Uhrzeit unterzeichnet. Die jeweiligen ärztlichen Unterschriften wurden von der Fachärztin Frau Y geleistet. Die LP wurde von Frau X durchgeführt. Hierzu führte der Gutachter an, dass Frau X auf der Basis ihrer bisherigen Weiterbildung über ausreichende Kenntnisse zur Durchführung einer LP verfügte. Ärzte für Psychiatrie hätten keine oder eine nur geringe Erfahrung und meist auch keinerlei Übung mehr in der Durchführung einer LP. Die Weiterbildungszeit zum Facharzt/zur Fachärztin für Neurologie umfasse im Fachgebiet Neurologie 60 Monate inklusive einer zwölfmonatigen Weiterbildung in einer psychiatrischen Klinik.

Die Weiterbildungszeit im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie betrage 60 Monate, davon zwölf Monate Weiterbildung im Fachgebiet Neurologie. Deshalb konnte davon ausgegangen werden, dass Frau X ausreichende Kenntnis zur Indikation und Durchführung einer LP besaß. Auch für die supervidierende Fachärztin Frau Y war auf der Basis der von ihr abgeleiteten Weiterbildung festzustellen, dass ausreichende Kenntnisse zur Technik und zu den Risiken einer LP vorhanden waren.

Vom Gutachter wurde das standardgerechte Vorgehen bei einer diagnostischen LP im Sitzen beziehungsweise im Liegen skizziert. Nach der Dokumentation im Aufklärungsbogen erfolgte die LP bei der Patientin in sitzender Position. Im Hinblick auf die ausgeprägte S-förmige Skoliose der Lendenwirbelsäule - mit deutlichem Wirbelkörperversatz des 3. zum 4. Lendenwirbelkörper nach links - bestand für die LP eine erschwerte Ausgangsposition. Dieser Umstand wurde vom Gutachter entsprechend gewürdigt. Allerdings lässt sich hieraus keine Begründung für ein Abweichen von der üblichen Punktionshöhe zwischen dem 3. und 5. Lendenwirbeldornfortsatz ableiten. Für die gegebene Situation ist es vorstellbar, dass sich durch die ausgeprägte Skoliose der Lendenwirbelsäule die Orientierungspunkte in Relation zur Verbindungslinie zwischen den beiden Darmbeinkämmen (gewöhnlich zwischen den Dornfortsätzen von LWK 3 und 4 verlaufend) nach kaudal verschoben hatten. Dieser Umstand führte dann zur Punktion zwischen dem 1. und 2. Lendenwirbelkörper beziehungsweise zwischen dem 12. Brustwirbel- und 1. Lendenwirbelkörper. Dies würde erklären, warum trotz der fehlerhaft durchgeführten LP in den Verlaufsnotizen am Tag der LP eingetragen wurde, dass die „LP lege artis durchgeführt“ worden sei, der Liquor „allerdings blutig“ erscheine. Der Blutanteil war so hoch, dass der Laborbefund beide Liquorproben als stark blutig und geronnen beschrieb, sodass eine weitere Liquoranalyse nicht möglich war.

Die Unterscheidung zwischen einer Schädigung des unteren Ende des Rückenmarks (Conus medullaris auf Höhe LWK 1) und der kaudal vom Conus medullaris verlaufenden Nervenwurzeln (Cauda equina) ist klinisch schwierig exakt zu treffen. Merkmale des Konus-Syndroms sind die Störung der Blasen- und Mastdarmfunktion sowie dissoziierte Sensibilitätsstörungen beziehungsweise ein vollständiger Sensibilitätsausfall der sakro-kokzygealen spinalen Segmente (Reithosenanästhesie). Kennzeichen des Kauda-Syndroms sind eine schlaffe Lähmung der Beinmuskeln mit Areflexie (ohne Pyramidenbahnzeichen) kombiniert mit einem im Reithosenbereich betonten Sensibilitätsausfall zusammen mit Blasen- und Mastdarmstörungen.

Im neurochirurgischen Operationsbericht wurde festgestellt, dass sich oberhalb der Dura mater (epidural) keine Blutanteile fanden. Nach Durchtrennung der Dura zeigten sich Blutanteile unterhalb der Dura. Dieser Befund sprach dafür, dass es durch die LP zu einer venösen Blutung durch die Verletzung von Venengeflechten gekommen war, möglicherweise auch zu einer direkten Verletzung des Conus medullaris. Dieser Schädigungsmechanismus hatte zu dem Syndrom einer Konus-Kauda-Läsion geführt. Im Hinblick auf diesen Schädigungsmechanismus entwickelte sich das klinische Syndrom nicht akut, sondern subakut. Anfängliche Symptome betrafen vorwiegend Störungen der Sensibilität (vor allem Schmerzen in beiden Oberschenkeln, Gesäß- und Kreuzbeinregion) und der Blasenfunktion. Diese subtilen neurologischen Symptome wurden initial als „Aggravation“ verkannt. Erst um 15 Uhr führte der neurologische Befund mit einer Paraparese die behandelnden Ärzte an die mögliche Diagnose einer spinalen Einblutung heran, die dann den Anlass zur Diagnostik mittels Bildgebung gab.

Zwar ist der Hinweis seitens der Klinik richtig, dass üblicherweise nach einer LP keine weitere Bildgebung erfolgt, sondern nur dann, wenn die Symptome einer Komplikation festgestellt werden. Hier war aber der entnommene Liquor stark blutig und zusätzlich bestand eine erhebliche Skoliose der Lendenwirbelsäule. Diese beiden Faktoren hätten als Indikatoren für eine Komplikation bewertet werden müssen. Insbesondere vor dem Hintergrund der nach der LP bei der Patientin sich zunehmend ausbreitenden starken Schmerzen sowie die Störungen der Blasenentleerung. Somit hätte bei dieser klinischen Konstellation, wie vom Gutachter angeführt, eine bildgebende Diagnostik zu einem früheren Zeitpunkt erfolgen müssen.

Gesundheitsschaden

Bei korrektem Vorgehen wäre nach ärztlicher Erfahrung mit folgendem Verlauf zu rechnen gewesen:

- Ein Konus-Kauda-Syndrom wäre nicht aufgetreten,
- der lumbal entnommene Liquor hätte eine weitere Differenzierung des im MRT erhobenen Befundes erlaubt,
- eine Operation im Lendenwirbelsäulenbereich wäre nicht erfolgt.

Durch das fehlerhafte Vorgehen ist es zu folgenden zusätzlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen gekommen:

- Lähmung der Muskeln beider Beine,
- gestörte Funktion der Blasen- und Mastdarmentleerung,
- Schmerzen im Becken- und Beinbereich beiderseits,

- pflegerische Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens.

Bezüglich der erhobenen Aufklärungsrüge gilt, dass sich der Schadensersatzanspruch aus dem dargelegten Behandlungsfehler ergibt. Hierüber war nicht aufzuklären, weil ärztliche Behandlungsfehler zu unterbleiben haben und nicht durch Aufklärung zu bewältigen sind. Der Aufklärung unterliegt lediglich das allgemeine Risiko, das mit einer kunst- und sachgerecht ausgeführten ärztlichen Behandlung verbunden ist. Dieses Risiko hat sich nicht verwirklicht, weil es durch den festgestellten Behandlungsfehler überlagert worden ist. Ein etwaiger Aufklärungsmangel ist vorliegend, weil durch den nachfolgenden Geschehensverlauf überholt, nicht kausal geworden (vgl. hierzu OLG Zweibrücken VersR 99,719).

Fazit

Nach einer diagnostischen LP sind schwerwiegende Komplikationen sehr selten. Zwar können nach einer LP lokale Schmerzen an der Einstichstelle und Rückenschmerzen auftreten, jedoch ist eine zunehmende Ausbreitung und Intensität der Schmerzen in den Gesäß- und Beinbereich ein Hinweis auf eine mögliche Komplikation. Insbesondere, wenn bei der Durchführung der Punktion erschwerte Bedingungen vorlagen (zum Beispiel ausgeprägte degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Übergewicht, unruhiger Patient). Eine frühzeitige differenzierte neurologische Befunderhebung, inklusive einer Überprüfung der Blasen- und Mastdarmfunktion, ist dann obligat, um zeitgerecht eine bildgebende Diagnostik (vorzugsweise MRT) zu veranlassen.