

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 02/2005

Einleitung

Die Verordnung eines Antiepileptikums bedingt, daß ein begründeter Verdacht auf das Vorliegen einer Epilepsie vorliegt. Außerdem müssen bei der Auswahl eines Medikamentes, besonders bei Kindern, ggf. vorliegende besondere Indikationen und Dosierungsrichtlinien beachtet werden. Ein nicht seltener Fehler liegt darin, epileptiforme Veränderungen im EEG als Hinweis auf eine Epilepsie fehlzudeuten und entsprechend zu behandeln:

Kasuistiken

Fall 1

Wegen leichter, besonders morgens nach dem Aufstehen auftretender Kopfschmerzen erfolgte die Vorstellung des 13jährigen Jungen bei dem Nervenfacharzt, wo sich ein epilepsieverdächtiges EEG zeigte. Unter der Annahme eines Anfallsleidens als Ursache der Kopfschmerzen erfolgte eine einschleichende Einstellung auf Lamotrigin, u.a. gewählt wegen geringerer Beeinträchtigung in der Schule als bei anderen Medikamenten: Beginn der Medikation am 3.Juni mit 2×25 mg, vom 9.-16. 2×50 mg, ab dem 16.6. 50-0-100 mg und ab dem 23.6. 2×100 mg Lamictal. Am 23.6. traten rote, z.T. juckende Flecken im Gesicht und an den Extremitäten auf. Trotz sofortigen Absetzens der Medikation und i.v. Kortisongabe (100 mg) kam es zu einem schweren Krankheitsbild mit ausgeprägter Dermatostomatitis, Leberbeteiligung und Lymphknotenschwellung (Stevens-Johnson-Syndrom), das eine 4-wöchige Krankenhausbehandlung erforderte. Auch 2 ½ Jahre später wurde noch über rezidivierende Schleimhautentzündungen berichtet, die auf die Erkrankung bezogen wurden.

Gutachten 1

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter kommt zu dem Schluß, daß der behandelnde Nervenarzt in mehrfacher Hinsicht nicht die gebotene Sorgfalt gezeigt habe:

Zum einen sei Lamotrigin laut Fachinformation ein Medikament zur Monotherapie der Epilepsie zur Erstbehandlung fokaler und sekundär generalisierter Anfälle bei Erwachsenen und Kindern ab 12 Jahren.

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

Bei dem jungen Patienten habe aber weder eine Epilepsie vorgelegen, noch habe er generalisierte oder fokale epileptische Anfälle gehabt. Da in 1 bis 5% der normalen Kinder im EEG epileptiforme Veränderungen auftraten, ohne daß diese jemals einen Anfall gehabt hätten, sei ein EEG-Befund, wie er hier vorgelegen habe, kein Grund, eine antiepileptische Therapie einzuleiten. Auch sei der angebliche Nutzen einer Primärprophylaxe von Personen ohne epileptische Anfälle, aber mit einem erhöhten Risiko, solche zu erleiden, wie er vom beschuldigten Arzt als Grund angegeben wurde, sei für Lamotrigin wissenschaftlich nicht belegt.

Weiter sei in der damals gültigen Fachinformation von Lamotrigin unter 8 (Warnhinweise) ausführlichen Vorsichtsmaßnahmen vor allem im Hinblick auf die z.T. lebensbedrohlichen Hautausschläge enthalten, so daß die Anwendung außerhalb des Anwendungsgebietes eine besonders sorgfältige Nutzen-/Risikoabwägung erfordere. Der Einsatz von Lamotrigin zur Primärprophylaxe sei angesichts des bekannten Risikos und des unbewiesenen Nutzens ein eindeutiger Verstoß gegen die anerkannten Regeln der Heilkunst.

Außerdem habe der Arzt bei der Dosierung die notwendige Sorgfaltspflicht verletzt: In der damals gültigen Fachinformation sei eine Dosierung von 25 mg/Tag für die Woche 1 und 2 und 50 mg/Tag für die Wochen 3 und 4 empfohlen worden, wobei in der Legende zu Tabelle 1 ausdrücklich darauf hingewiesen worden sei, daß die empfohlenen Dosierungen wegen des Risikos von Hautausschlägen nicht überschritten werden sollten. Dieser habe aber unstrittig eine raschere Dosierung angeordnet, also das Mehrfache der empfohlenen Tagesdosis.

Die Schlichtungsstelle folgte der Argumentation des Gutachters in allen Punkten. Als fehlerbedingte Schadensfolge waren anzusehen: Über ca. 4 Wochen Schmerzen, Hautablösung, Schleimhauterosionen, Hautflecken und Nagelveränderungen, weiter Verhaltensauffälligkeiten des vorher aufgeweckten Kindes.

Fall 2

Bei einem 9jährigen Kind wurde 1982 als Ursache rezidivierender Bauchschmerzen aufgrund eines pathologischen EEG-Befundes eine Epilepsie angenommen und mit Phenytoin, später mit Valporinsäure behandelt. Ohne neue Befunde wurde diese Diagnose 1988 in einer Kinderklinik bestätigt. Erstmals erfolgte nach einem Arztwechsel 1992 eine eingehende Diagnostik mit unauffälligem MRT. Da die Bauchschmerzen nur bis zur 10.Klasse auftraten, wurde ein stationärer Medikamentenentzug diskutiert, der aber nicht erfolgte. Anfang 1994 stellte die Patientin einen Antrag auf Erteilung einer

Fahrerlaubnis, der aber vom behandelnden Nervenarzt in einem Gutachten für die Behörde negativ beschieden wurde: "Keine Fahrtauglichkeit, EEG pathologisch". 1996 überwies der Nervenarzt schließlich die Patientin in eine Epilepsieambulanz, die das Vorliegen eines Anfallsleidens verneinte und die Medikation absetzte. Eine erneute Untersuchung 1998 mit negativem EEG auch nach Schlafentzug bestätigte die diagnostische Einordnung, daß nämlich kein Anfallsleiden vorliege.

Gutachten 2

Der Gutachter kommt zu dem Schluß, daß die Diagnose eines Anfallsleidens von Anfang an unsicher gewesen sei und bemängelt dabei vor allem die Dokumentation in Bezug der zur Diagnose Epilepsie führenden Symptomatik. So sei nirgendwo das Erheben einer Fremdanamnese dokumentiert. Weiter bemängelt er die damals verwendete Nomenklatur in den EEG-Befunden, die nach der Befundbeschreibung das Vorliegen eines Anfallsleidens vermuten lasse. Ein Anfallsleiden setze aber das Auftreten von Anfällen voraus. Bei 1,8% aller gesunden Menschen würden im EEG entsprechende Komplexe gefunden, ohne daß jemals Anfälle aufgetreten sind oder in Zukunft auftreten müssen. Als Drittes hinterfragt er kritisch die Diagnose einer „abdominellen Epilepsie“. Diese trete extrem selten im Rahmen einer epigastrischen Aura bei komplexfokalen Anfällen auf, wobei es während der Aura zu schwallartigem Ebrechen komme, dem abdominelle Schmerzen vorausgehen könnten. Dabei werde beschrieben, daß die abdominellen Schmerzen paroxysmal seien, d.h. nur von relativ kurzer Dauer und in der Regel verbunden mit Erbrechen und Durchfall. Eine entsprechende Beschreibung finde sich aber weder in dem Brief der die Diagnose stellenden Kinderklinik noch später.

Zusammenfassend kommt der Gutachter zu dem Schluß, daß sich aus den Unterlagen der Kinderklinik die Diagnose einer Epilepsie in keiner Weise nachvollziehen lasse. Trotzdem sei diese Diagnose von den nachbehandelnden Nervenärzten übernommen worden. Eine Indikation zur Behandlung mit Antiepileptika sei nicht gegeben gewesen. Dieser Fehler sei vermeidbar gewesen.

Als fehlerbedingt sei der in den Unterlagen des Nervenarztes erwähnte Tremor sowie Müdigkeit anzusehen, ebenfalls sei die Beeinträchtigung durch das Nichterteilen der Fahrerlaubnis im Jahr 1994 anzuführen.

Schlichtungsstelle 2

Auch hier folgte die Schlichtungsstelle in vollem Umfang der

überzeugenden Darstellung des Gutachters.

Fall 3

Bei einem 23-jährigen Patienten traten nachmittags nach einem schweren Arbeitstag mit mittäglichem Alkoholgenuß ein Gefühl der Schwäche und eines Schwindels mit Steifigkeit in den Beinen bei klar erhaltenem Bewußtsein auf. Vom Notarzt erfolgte eine Einweisung in das Klinikum. Dort wurde als Folge eines pathologischen EEG die Diagnose einer partiellen Epilepsie mit sekundärer Generalisierung gestellt und eine Epilepsitherapie eingeleitet. Bei der Entlassung erfolgte eine entsprechende Aufklärung: Keine Arbeit auf Gerüsten, an laufenden Maschinen etc., außerdem Nichteignung zum Führen eines Kraftfahrzeugs oder Kranes. Aufgrund dieser Belehrung mußte der Patient sein Arbeitsverhältnis als Bauhilfsarbeiter beenden und wurde arbeitslos. In einem arbeitsmedizinischen Gutachten 1 Jahr später (1994) wurde u.a. ausgeführt „es handelt sich bei der vorliegenden Epilepsie um ein chronisches Nervenleiden, das im Hirnstrombild manifeste Veränderungen erkennen läßt und damit diagnostisch als gesichert gilt. Die Krankheit selbst setzt in ihrem Verlauf meist organische Veränderungen am Gehirn, die im Falles des Probanden bereits festgestellt werden können. Eine berufliche rehabilitative Umschulung sollte nur im Rahmen der Einschränkung der beginnenden hirnorganischen Veränderungen erfolgen. Die geistigen Leistungsparameter sind bereits eingeschränkt“. Auch auf Grund dieser Beurteilung war es dem Patienten nicht möglich, in den folgenden Jahren eine Arbeitsstelle zu finden. 3 ½ Jahre später wurde die gestellte Diagnose in einer Epilepsie-Spezialklinik widerlegt.

Gutachten 3

Der Gutachter stellt fest, daß bei dem Patienten niemals eine Bewußtlosigkeit dokumentiert worden sei. Der zur Einweisung führende Anfall sei notärztlicherseits so beschrieben worden, daß der Patient „im epileptischen Anfall mit ihm gesprochen und um sich geschlagen habe“. Zum Zeitpunkt der Aufnahme seien bei dem bewußtseinsklaren und orientierten Patienten merkwürdig ungesteuerte Bewegungen registriert worden. Auch die in der Folge immer wieder registrierten Anfälle hätten sich auf subjektive Empfindungsstörungen des Patienten bezogen. Zusammenfassend kommt der Gutachter zu dem Schluß, daß die Diagnose einer Epilepsie fehlerhaft gestellt worden sei. Nach den Unterlagen liege bei dem Patienten eine leichte allgemeine Hirnleistungsminderung mit psychischen Symptomen vor, die durchaus Folge der im Kernspintomogramm festgestellten Strukturveränderungen und auch Ursache der EEG-Veränderungen sein könnten.

Als Folge des Fehlers werden bedeutsame soziale Nachteile vor allem

durch den Verlust der Arbeitsstelle mit mehrjähriger Arbeitslosigkeit festgestellt. Es gebe aber keine Belege, daß mehrjährige Carbamazepin-Therapie zu mehr als flüchtigen Nebenwirkungen geführt habe und andere Gesundheitbeeinträchtigungen durch die Fehldiagnose eingetreten seien.

Schlichtungsstelle 3

Die Schlichtungsstelle folgte auch in diesem Fall der Beurteilung des Gutachters.

Die o. g. Fälle sprechen für sich selbst: Allen Fällen gemeinsam ist eine unkritische Bewertung abnormer EEG-Befunde, die für sich allein niemals die Diagnose einer Epilepsie erlauben - wie andererseits ein normales EEG diese Diagnose auch nicht ausschließt. Epilepsie ist immer eine klinische Diagnose, die auf der Anamnese eines Anfallsgeschehens aufbaut (Auslösung, Ablauf, Bewußtsein, Verletzungen, Einnässen, nachfolgende Umdämmerung, Müdigkeit/Schlaf, Muskelkater u.a.). Ein wichtiger weiterer Stein im Mosaik der Diagnose Epilepsie sind weiter typische Verletzungen wie z.B. ein Zungenbiß oder Harn- und/oder Stuhlabgang. Die Diagnose muß aber immer dann, wenn, wie nicht selten, die anamnestischen Angaben nicht eindeutig sind, überprüft werden. Dies gilt auch bei Übernahme der Behandlung, wie einer der beschriebenen Fälle zeigt.