

Proctological Treatment during Phenprocoumon Therapy

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 03/2004

www.schlichtungsstelle.de
info@schlichtungsstelle.de

Einleitung

Schlichtungsverfahren liegt häufig eine invasive ärztliche Maßnahme zu Grunde. Bei den von uns (Scheppokat u.Held, Dtsch Med Wschr 2002;127:253-9) untersuchten Verfahren gegen Internisten waren es 40% der Fälle, bei denen es um Endoskopie Invasivdiagnostik, Intervention oder Injektion ging; die in diesen Verfahren festgestellten Fehler betrafen weit häufiger Indikation oder Nachsorge als die eigentliche Prozedur. Der nachfolgende Fallbericht ist hierfür exemplarisch.

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

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

Kasuistik und Stellungnahmen von Patient und Arzt

Der 48-jährige Patient stand wegen früher erlittener Thromboembolien unter Marcumar. Er hatte im April wegen Analvenenthrombose und im Juni wegen einer Analfissur Chirurgen konsultiert. Im November wurde er vom Hausarzt an einen niedergelassenen Internisten und Gastroenterologen überwiesen. Dieser führte am eine Koloskopie und eine proktologische Behandlung durch, anschließend tamponierte er den Analbereich. Der Patient, der eine sedierende Medikation erhalten hatte, kollabierte nach der Behandlung mehrfach in der Praxis und zog sich dabei eine Kinn-Platzwunde und eine Rippenprellung zu. Er wurde vom behandelnden Arzt per Taxi eingewiesen und war vom 19.-22.11 stationär in einem Akutkrankenhaus. Dort wurde eine blutungsbedingte Anämie festgestellt und behandelt.

Der Patient trägt vor, der Überweisungsauftrag habe gelautet „Marcumar-Patient, überwiesen wegen Hämorrhoidal-Beschwerden“. Nach Anweisung der Angestellten in der Praxis habe er an 2 Tagen je 2 l Flüssigkeit mit einem darin gelösten Pulver getrunken und eine bestimmte Kost eingehalten. Er vermutet Arztfehler insofern, als die erforderliche Quick-Kontrolle versäumt worden sei. Auch hätten die Arzthelferinnen - ohne vorherigen Arztkontakt - de facto die Indikation gestellt. Man habe ihn nach der Prozedur beim Erwachen allein gelassen. Die Einweisung hätte nicht per Taxi disponiert werden

dürfen.

Der in Anspruch genommene Arzt trägt dazu vor: Der Patient sei zur Koloskopie und zur Diagnostik und ggf. Therapie einer analen Schmerzsymptomatik vorstellig geworden. Er habe bei ihm eine Hamorrhoidal-Sklerosierung durchgeführt. Eine Analfistel habe er sondiert und dabei akzidentiell die bedeckende Gewebeschicht gespalten. Der Patient habe Midazolam erhalten. Die Indikation zu den Maßnahmen sei im telefonischen Gespräch gestellt worden, gebahnt durch den Überweisenden. Die Synkope sei vagovasal gewesen, infolge von Schmerz bei analer Tamponade. Ein starker Blutverlust sei nicht eingetreten, eine kritische Kreislaufbeeinträchtigung habe nicht vorgelegen, Hb im Krankenhaus 13,3 g/dl. Es komme vor, daß die Helferin den Überwachungsraum für kurze Zeiträume verläßt.

Das externe Gutachten und Einwände des Patienten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter stellt fest: Die Indikation sei vom Arzt am Untersuchungstag gestellt worden und damit nicht zu beanstanden. Vor einer Koloskopie sei eine Gerinnungskontrolle nicht erforderlich, sicherheitshalber sei sie aber anzuraten. Die ärztliche Dokumentation kritisiert der Gutachter als sehr knapp. Bei nur sedierten (nicht narkotisierten) Patienten seien kurze Phasen ohne Überwachung mit dem zu fordernden Standard vereinbar. Der Patient sei - entgegen den Anweisungen des Personals - aufgestanden und habe einen orthostatischen Kollaps mit Verletzungen erlitten, nicht als Folge eines Blutverlustes: Im Krankenhaus habe der Hb-Wert mit 13,3 g/dl im unteren Normbereich gelegen. Nach Feststellung des Gutachters sind offensichtliche ärztliche Fehler nicht zu erkennen.

Der Patient wendet gegen das Gutachten ein: Bei mangelhafter Dokumentation könne der Gutachter das ärztliche Handeln nicht sicher rekonstruieren. Er gehe auch nicht auf den Quickwert im Krankenhaus (17%) ein. Von einem stabilen Kreislauf nach der Behandlung am 19.11. könne keine Rede sein. Auch sei er wegen fortwirkender Sedierung nicht bei klarem Verstand gewesen.

Das Votum der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle kommt nach eingehender Diskussion im Kreis aller ärztlichen und juristischen Mitglieder zu einer anderen Bewertung als der externe Gutachter. Ausweislich der vorliegenden Einverständniserklärung waren eine „Darmspiegelung und ggf.

Polypen-Entfernung“ vorgesehen. Der vom in Anspruch genommenen Arzt gefertigte Arztbrief weist aus: „...Hämorrhoidalpolster, diesbezüglich Sklerosierung...Fissur dorsal, Dehnung in Sedoanalgesie. Bei 5 Uhr Fistelöffnung, läßt sich bis zum kryptoglandulären Quellgebiet sondieren und eröffnen. Lokale Tamponade“. Die vorangegangene Koloskopie hatte keine krankhaften Befunde ergeben. Ausweislich der stationären Krankenakte war der Hb am 20.11. 10,8 g/dl (im April hatte eine Messung 16,4 g/dl ergeben). Wie der am 20.11. konsultierte Chirurg feststellte und dokumentierte, lagen eine akute Analfissur und rezidierte anale Blutabgänge vor.

Nach Erkenntnis der Schlichtungsstelle war das ärztliche Vorgehen des in Anspruch genommenen Arztes bei diesem mit Marcumar behandelten Patienten vermeidbar fehlerhaft insofern, als er eine hohe Koloskopie (bei der u.U. mit einer Polypektomie zu rechnen war) sowie eine proktologische Behandlung ohne vorherige Gerinnungskontrolle vorgesehen und durchgeführt hat. Wir hielten es weiter für fehlerhaft, daß der medikamentös sedierte Patient danach nicht - wie es erforderlich gewesen wäre - kontinuierlich durch Fachkräfte überwacht wurde. Als kausale Folge der genannten Fehler ist es bei dem Patienten zu Blutverlust, Kollapsen und dadurch bedingter Verletzung, zu Beschwerden und Beeinträchtigungen durch die fehlerbedingt erforderlichen ärztlichen Ergänzungsmaßnahmen, zu einer stationären Beobachtung und einer über einige Zeit bestehenden mäßigen Anämie gekommen.

An diesem Schlichtungsverfahren ist auch bemerkenswert, daß die Bewertungen durch den externen Gutachter und durch den Arzt der Schlichtungsstelle differieren. Nun ist - auch nach der Literatur - grundsätzlich davon auszugehen, daß die Eindeutigkeit von Sachverständigen-Voten ihre Grenzen hat. Ärzte irren u.a. deshalb, weil sie Entscheidungen auf der Basis inadäquater Informationen treffen müssen. Aus dem gleichen Grund fällt es auch Ärzten als Sachverständigen oft schwer zu entscheiden, ob der in Anspruch genommene Arzt fehlerhaft handelte. Experten-Meinung - darauf beruhen Gutachter-Voten wie Schlichtungsempfehlungen - ist nie absolut sicher und reproduzierbar. In der Harvard-Studie zu adverse events in Hospitälern differierten 2 Gutachter bei der Frage, ob ein iatrogener Schaden vorliegt, in 13% ihrer Krankenblattanalysen. Unsere externen Gutachter und wir differieren durchschnittlich in einem Zehntel der Voten. Experten-Konferenzen zu strittigen Fällen können die Sicherheit der Aussage etwas erhöhen.