

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 5/2017

Kasuistik

Nach sportlicher Betätigung stellte sich ein 23-jähriger Patient mit Beschwerden im Bereich des linken Unterschenkels in der Notfallambulanz eines Klinikums vor. Bei der klinischen und röntgenologischen Untersuchung wurde ein Druckschmerz im Bereich der Tibialis anterior-Loge dokumentiert. Unter der Diagnose einer Überlastung wurde der Patient entlassen. Bei bleibenden Schmerzen nahm der Patient telefonisch Kontakt mit der Notfallambulanz auf, in welcher ein Internist als diensthabender (Assistenz-)Arzt tätig war. Dieser empfahl telefonisch die Einnahme von Schmerzmitteln. Nach erneuter persönlicher Vorstellung in der Notfallambulanz wurde eine zunehmende Schwellung und Spannung im Bereich von Unterschenkel, Knöchel und Fuß sowie ein unauffälliger Pulsstatus beschrieben. Zu diesem Zeitpunkt war auch ein behandelnder Chirurg anwesend. Gemeinsam einigte man sich auf die Verdachtsdiagnose eines rheumatischen Geschehens und empfahl die Vorstellung beim Hausarzt.

Am Vormittag des folgenden Tages stellte sich der Patient bei seiner Hausärztin vor, die sofort die Verdachtsdiagnose auf ein Kompartmentsyndrom links stellte und an einen Chirurgen überwies. Von der Chirurgischen Praxis wurde eine deutliche Schwellung des Unterschenkels mit Fußheberschwäche festgestellt und in die Unfallklinik des Klinikums eingewiesen. Hier wurde noch am selben Abend die Kompartmentspaltung durchgeführt und die Wunde offen weiter behandelt. Folgend wurden weitere Eingriffe erforderlich: Der abgestorbene Tibialis anterior-Muskel wurde entfernt und schließlich wurde der definitive Hautverschluss über Spalthauttransplantat erreicht. Die Entlassung erfolgte am 16. November.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Der Patient beanstandet, dass das Kompartmentsyndrom am linken Unterschenkel nicht rechtzeitig erkannt worden wäre und deshalb seien die Operation und die Revisionsoperation zu spät durchgeführt worden.

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

Stellungnahme des Klinikums

Der seinerzeit diensthabende Chirurg weist darauf hin, dass er noch Assistenzarzt gewesen sei. Bei der ersten Untersuchung habe sich kein Hinweis für ein Kompartmentsyndrom ergeben. Der Patient habe berichtet, dass er derartige Symptome schon mehrfach gehabt habe, diese seien immer wieder abgeklungen. Eine dopplersonographische Untersuchung habe die Durchgängigkeit der arteriellen Gefäße gezeigt. In der die Ereignisse betreffenden Nacht hätten keine Zeichen für ein Kompartmentsyndrom vorgelegen. Der seinerzeitige Oberarzt führt aus, dass man nach Diagnosestellung am Folgetag unmittelbar reagiert und die Dermatofasziotomie mit der Eröffnung aller vier Kompartimente durchgeführt habe. Auch die Folgeoperationen seien indiziert gewesen und fachgerecht durchgeführt worden.

Stellungnahme des in Anspruch genommenen Internisten

Zu dem Vorwurf fehlerhaften Handelns wird entgegnet, dass er als Internist nicht die Fachkunde habe, ein Kompartmentsyndrom zu diagnostizieren. Am Abend sei auch der den Patienten am Nachmittag vorbehandelnde Chirurg anwesend gewesen. Dieser habe keine Indikation zur stationären Aufnahme gesehen.

Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter ist der Ansicht, dass sich rückblickend die Beschwerden des Patienten für ein Kompartmentsyndrom nahezu klassisch entwickelt hätten. Untersuchung und Befundung des Erstbehandelnden ließen erkennen, dass zumindest an die Symptome eines Kompartmentsyndroms gedacht worden wäre. Aufgrund der Symptomatik sei wohl zuerst nur eine Überlastung diagnostiziert worden. Spätestens nach den Telefonanrufen des Patienten bei zunehmender Beschwerdesymptomatik und der Vorstellung in der folgenden Nacht hätte die Diagnose gestellt und entsprechend reagiert werden müssen. Aus der Befundbeschreibung des Internisten ergebe sich eindeutig die Diagnose des Kompartmentsyndroms. Die Diagnose Rheuma sei nicht zu vertreten. Zu diesem Zeitpunkt wäre eine stationäre Aufnahme unmittelbar erforderlich gewesen und eine notfallmäßige Fasziotomie hätte bei drohendem Kompartmentsyndrom spätestens zu diesem Zeitpunkt durchgeführt werden müssen. Bei Unsicherheit der behandelnden Ärzte hinsichtlich der Diagnose hätte ein unfallchirurgischer Facharzt hinzugezogen werden müssen. Die Einweisung in das Krankenhaus am nächsten Tag bei bereits

vorliegender neurologischer Symptomatik sei korrekt gewesen. Der Operationsbericht beschreibe detailliert die Situation und eine fachgerechte Kompartmentspaltung. Auch die weiteren programmierten Eingriffe hätten sich jeweils am Befund orientiert, seien indiziert gewesen und korrekt durchgeführt worden.

Stellungnahmen zum Gutachten

Zu dem Gutachten wird internistischerseits die Hinzuziehung des unfallchirurgischen Hintergrundsarztes angeführt. Dieser habe keinen akuten Behandlungsbedarf gesehen und auch keine Notwendigkeit einer stationären Aufnahme. Es habe für ihn keine Veranlassung gegeben, an der Einschätzung des Chirurgen zu zweifeln.

Bewertung der Haftungsfrage

In Würdigung der medizinischen Dokumentation, der Stellungnahmen der Beteiligten und der gutachterlichen Erwägungen schließt sich die Schlichtungsstelle dem Gutachten im Ergebnis an. In der Folge einer sportlichen Betätigung klagte der Patient über starke, zunehmende Schmerzen im linken Bein und suchte damit die Notfallambulanz des Klinikums auf. Dort wurde bei klinischer und radiologischer Untersuchung eine Schwellung, Verhärtung und Druckdolenz des linken Unterschenkels mit Schmerzen dokumentiert. Diagnostiziert wurde eine muskuläre Überbelastung. Schmerzmittel und Salbenverband wurden verordnet und der Patient nach Hause entlassen. Aus den Befunden am frühen Abend kann zwar rückblickend die Symptomatik eines beginnenden Kompartmentsyndroms erkannt werden. Aus der Sicht ex ante ergibt sich zu diesem Zeitpunkt jedoch noch kein zwingender Grund, die Diagnose eines Kompartmentsyndroms zu stellen.

Bei zunehmenden Schmerzen, Schwellzustand und Funktionseinbußen sowie der Unwirksamkeit von Schmerzmedikamenten stellte sich der Patient jedoch in der Nacht nochmals vor und wurde dort vom internistischen Notdienstarzt und dem chirurgischen Assistenzarzt, der den Patienten bereits am Abend untersucht hatte, gesehen. Zu diesem Zeitpunkt bestand eine massive Schwellung des linken Unterschenkels und die Wirkungslosigkeit starker Analgetika war bekannt. Damit war für den vorbehandelnden Assistenzarzt der Chirurgie zu diesem Zeitpunkt eine zunehmende Symptomatik erkennbar, die zu diesem Zeitpunkt zur Diagnose eines Kompartmentsyndroms hätte führen müssen.

Zu diesem Zeitpunkt war es daher behandlungsfehlerhaft, nicht an die Diagnose Kompartmentsyndrom zu denken beziehungsweise bei Zweifeln hätte in dieser Notfallsituation ein chirurgischer Facharzt

hinzugezogen werden müssen. Es liegt ein vermeidbarer Diagnosefehler vor. Bei korrektem Vorgehen wäre schon zu diesem Zeitpunkt notfallmäßig eine Kompartmentspaltung erfolgt und mit hoher Wahrscheinlichkeit hätten ein dauerhafter Nervenschaden und das Absterben der Tibialis anterior-Muskulatur verhindert werden können. Ein fehlerhaftes Handeln des internistischen Notdienstarztes sei nicht zu erkennen, da dieser als Arzt für Innere Medizin zur Beurteilung eines Kompartmentsyndroms nicht fachkompetent war und sich auf die fachliche Einschätzung des chirurgischen Assistenzarztes verlassen durfte.

Durch das fehlerhafte Vorgehen wurde die in jedem Fall erforderliche Kompartmentspaltung am linken Unterschenkel entscheidend verspätet durchgeführt. Der Eingriff wurde dann nach Diagnosestellung zeitgerecht und unter Zugrundelegung des Operationsberichts fachgerecht durchgeführt. Auch bei fachgerechter Kompartmentspaltung ist nicht absehbar, ob sich die geschädigte Muskulatur erholen wird, so dass es berechtigt war, nach der Revisionsoperation unter offener Wundbehandlung zuzuwarten. Dass auch nach fachgerechter Kompartmentspaltung bei fortgeschrittenem Kompartmentsyndrom - wie im vorliegenden Fall - die Schmerzhaftigkeit nicht sofort zurückgeht, entspricht dem ischämischen Schaden des Gewebes mit der im vorliegenden Fall fortgeschrittenen Schädigung des Tibialis anterior-Muskels, der letztlich operativ bei der Revisionsoperation entfernt werden musste. Für diesen Eingriff ist festzustellen, dass er zeit- und fachgerecht durchgeführt wurde und dass auch die Folgeeingriffe mit primär offener Wundbehandlung und Sekundärinfektion nicht auf fehlerhaftes Handeln zurückzuführen sind, sondern einem bei diesen Maßnahmen häufig vorkommenden komplizierten Verlauf entsprechen. Ein fehlerhaftes Handeln der Ärzte im Klinikum nach der operativen Behandlung des Kompartmentsyndroms ist nicht festzustellen.

Gesundheitsschaden

Bei korrektem Vorgehen wäre nach ärztlicher Erfahrung bereits in der vorausgehenden Nacht eine Kompartmentspaltung durchgeführt worden. Grundsätzlich ist nicht auszuschließen, dass auch bei zeit- und fachgerechter Behandlung des Kompartmentsyndroms Gesundheitsbeeinträchtigungen im Sinne von Bewegungseinschränkungen des Fußes und oberen Sprunggelenkes beziehungsweise Beschwerden durch ausgedehnte Narbenfelder zurückgeblieben wären. Fehlerbedingt ist es zu der Nervenstörung am rechten Unterschenkel sowie dem Absterben des Tibialis anterior-Muskels gekommen. Auch die später durchgeführte Operation zum Sehnentransfer ist fehlerbedingt erforderlich geworden.

Schadenersatzansprüche gegenüber dem diensthabenden Internisten hielt die Schlichtungsstelle für unbegründet.

Fazit

Keine beständige Überprüfung der Arbeitsdiagnose im weiteren Behandlungsverlauf ist sorgfaltswidrig; auszugehen ist zunächst immer von der schlechtesten Diagnose. Daher Cave bei veränderten zusätzlichen Symptomen und/oder Wirkungslosigkeit der begonnenen Therapie! Der medizinische Standard ist der Facharztstandard. Im Zweifel hat, neben dem Berufsanfänger, auch der Arzt in Facharztausbildung - selbstkritisch - den Rat des Facharztes einzuholen.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

630a Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

(1) ...

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

630h Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

(1) ...

(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.