

Kasuistik

Eine 55-jährige Patientin stellte sich am 29. November gegen 17 Uhr im KV-Bereitschaftsdienst vor. Sie gab an, seit dem Vorabend starke Rückenschmerzen zu haben. Diese bezögen sich auf den BWS-Bereich. Sie sei sich nicht sicher, ob die Schmerzen auch in die linke Schulter oder den linken Arm ausstrahlt hätten. Wärme (warmes Duschen) habe ihr gutgetan. Eine arterielle Hypertonie sei bekannt und behandelt.

Die Patientin war laut Unterlagen der behandelnden Ärztin in einem zufriedenstellenden Allgemeinzustand, es hätten sich Verspannungen der Rückenmuskulatur gefunden. Die Lungenauskultation sei unauffällig gewesen, der Blutdruck mit 170/120 mm/Hg erhöht. Luftnot oder ein Schweißausbruch seien nicht festgestellt worden. Es wurde ein EKG abgeleitet, das keine pathologischen Veränderungen zeigte: „Keine Erregungsrückbildungsstörungen, keine Hinweise auf akuten Myokardinfarkt“. Es wurden der Patientin daraufhin unter der Diagnose BWS-Syndrom Novaminsulfon-Tropfen verordnet. Wegen des Hypertonus sollte sie fünf bis sieben Tropfen Nifedipin einnehmen, die ebenfalls verordnet wurden. Zum Abend sollte sie eine zusätzliche Dosis ihres Blutdruckmedikamentes einnehmen.

Nach den Unterlagen des Krankenhauses rutschte die Patientin gegen 19.30 Uhr plötzlich bewusstlos von der Couch. Der Ehemann habe mit der Laienreanimation begonnen, der Rettungsdienst sei durch die Nachbarn informiert worden. Bei Eintreffen des Notarztes bestand Kammerflimmern. Nach Defibrillation Sinusrhythmus, jedoch kein adäquater Auswurf. Unter fortgesetzter Reanimation sei erst nach 37 Minuten ein stabiler Kreislauf aufgetreten.

Im Krankenhaus wurde bei ST-Streckenhebungen im Bereich der Vorderwand eine sofortige Koronarangiographie durchgeführt. Hierbei fand sich lediglich ein Verschluss des ersten diagonalen Astes, eines relativ kleinen Gefäßes ohne Interventionsbedarf. Echokardiographisch trat nur ein geringer LV-Schaden auf. Die Kreislauffunktion war im weiteren Verlauf unkompliziert, das Ausschleichen der Katecholamine rasch möglich. Nach Hypothermie über 24 Stunden erfolgten ein regelhaftes Wiedererwärmen und die

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

Beendigung der Sedierung. Neurologisch fand sich jedoch ein ungünstiger Befund mit Koma und Ausfall sämtlicher zentraler Reflexe. In der cerebralen Computertomographie fand sich das Bild eines schweren hypoxischen Hirnschadens. In Absprache mit der Familie wurde ein palliatives Therapieziel mit Abbruch aller lebenserhaltenden Maßnahmen angestrebt. Die Patientin verstarb schließlich in intensivmedizinischer Betreuung.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Es wird um Klärung gebeten, ob seitens der Ärztin im KV-Notdienst ein Behandlungsfehler begangen worden sei.

Stellungnahme Arzt

Auf den Vorwurf fehlerhaften Handelns wird ausgeführt, dass die Patientin Verspannungen der Rückenmuskulatur gehabt habe und in zufriedenstellendem Allgemeinzustand gewesen sei. Der körperliche Untersuchungsbefund sei bis auf eine Erhöhung des Blutdrucks und dem pathologischen Befund im Bereich der Rückenmuskulatur unauffällig gewesen, Luftnot oder ein Schweißausbruch seien nicht festgestellt worden. Das EKG habe keine krankhaften Veränderungen gezeigt. Unter der Diagnose eines BWS-Syndroms seien Novaminsulfon-Tropfen verordnet worden. Insgesamt habe es keine klinischen Zeichen gegeben, die eine umgehende Klinikeinweisung erforderlich gemacht hätten.

Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte externe allgemeinmedizinische Gutachter führt aus, dass für das Vorliegen eines akuten Koronarsyndroms folgende Faktoren gesprochen hätten: Das Symptom Thoraxschmerz sei die eigentliche Beratungsursache gewesen. Das Symptom sei erstmals aufgetreten und habe bereits fast 24 Stunden angehalten. Der vorliegende Bluthochdruck sei ein Hinweis auf eine mögliche Gefäßerkrankung. Allerdings hätten keine Hinweise auf eine instabile Situation, keine Schweißausbrüche und keine Atemnot bestanden. Es sei keine Belastungsabhängigkeit der Beschwerden angegeben worden. Es seien Muskelverspannungen der Rückenmuskulatur nachgewiesen worden und die Patientin sei jünger als 65 Jahre. Das EKG sei unauffällig gewesen.

Der Gutachter führt allerdings aus, dass das erstmalige Auftreten von lang anhaltendem Thoraxschmerz mit Ausstrahlung in den Rücken ein schwerwiegendes Symptom sei, das den Ausschluss eines akuten Koronarsyndroms als bedeutsamste Möglichkeit eines abwendbar gefährlichen Verlaufs darstelle. Ein normales Ruhe-EKG sei hierfür

kein Ausschlusskriterium. Die Konsequenz sei entsprechend den Leitlinien, dass bis zum sicheren Ausschluss in einem derartigen Fall an der Arbeitshypothese „akutes Koronarsyndrom“ festzuhalten sei. Dies bedeute in der Primärversorgung, den Patienten sofort in eine kardiologische Einrichtung einzuweisen. Die Anamnese erfordere zwingend den Ausschluss eines akuten Koronarsyndroms als wichtigste abwendbar gefährliche Diagnose beim Leitsymptom neu aufgetretener lang anhaltender Thoraxschmerzen bei Hypertonie. Es könne allerdings nicht sicher geschlussfolgert werden, dass eine Kausalität zwischen der Behandlung und dem letalen Verlauf der Erkrankung bestehe. Auch bei richtigem Vorgehen, das heißt Einweisung in eine kardiologische Einrichtung, wäre ein Kreislaufstillstand mit Hypoxie wie bei der Patientin möglich gewesen.

Bei sorgfältigem Vorgehen wäre der Fehler in der damaligen Situation vermeidbar gewesen, wenn aus der Wichtung der anamnestischen Angaben die richtige Handlungsweise mit dem Ziel des Ausschlusses eines akuten Koronarsyndroms als abwendbar gefährlicher Ablauf abgeleitet worden wäre. Auch bei richtigem Handeln habe das Risiko eines letalen Verlaufs der Erkrankung bestanden. Es könne deshalb nicht geschlussfolgert werden, dass der Tod der Patientin allein infolge der ambulanten Behandlung eingetreten sei.

Zu dem Gutachten wurde ärztlicherseits darauf hingewiesen, dass die Patientin mit Schmerzen in der hinteren Thoraxpartie, also am Rücken, gekommen sei. Der Begriff Brustschmerz bedeute, zumindest umgangssprachlich, einen Schmerz in der vorderen Thoraxpartie.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich unter eigener Urteilsbildung dem Gutachten im Ergebnis unter juristischen Gesichtspunkten nur teilweise an.

Die Patientin suchte am 29. November gegen 17 Uhr den KV-Notdienst auf, wo sie ärztlich diagnostiziert und behandelt wurde. Die Patientin klagte über seit 24 Stunden bestehende heftige Thoraxschmerzen im Rückenbereich. Anamnestisch war eine arterielle Hypertonie bekannt, die Blutdruckwerte waren zum Zeitpunkt der Untersuchung mit 170/120 mm/Hg erhöht. Der körperliche Untersuchungsbefund war mit Ausnahme von Verspannungen der Rückenmuskulatur und der arteriellen Hypertonie unauffällig. Das EKG zeigte keine pathologischen Veränderungen. Als wichtigste Diagnose mit abwendbar gefährlichem Verlauf war in dieser Situation ein akutes Koronarsyndrom auszuschließen. Zum Nachweis/Ausschluss eines Herzinfarkts wäre eine Bestimmung der CKMB und des Troponins indiziert gewesen. Wenn die Bestimmung

dieser Parameter im Rahmen des KV-Notdienstes nicht möglich gewesen wäre, wäre die Einweisung in ein Krankenhaus zur weiteren Diagnostik erforderlich gewesen. Kardiovaskuläre Erkrankungen führen die Todesursachenstatistik an, sodass bei unklaren, anhaltenden, heftigen Thoraxschmerzen der Ausschluss eines akuten Koronarsyndroms zwingend erforderlich ist.

Im vorliegenden Fall sind folglich Mängel in der Befunderhebung festzustellen. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit Veränderungen in der Beweislastverteilung zwischen den Parteien daraus resultieren. Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verkennung dieses Befunds als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde (vgl. BGH NJW 2004, 1871 ff).

Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt: Bei Einweisung in ein Krankenhaus wäre die Patientin an einem EKG-Monitor überwacht worden. Das Auftreten von Kammertachykardien oder Kammerflimmern mit Herzkreislaufstillstand wäre innerhalb eines Zeitintervalls von weniger als einer Minute festgestellt worden und es hätte innerhalb von weniger als drei Minuten eine Behandlung stattfinden müssen. Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verkennung des zu erwartenden Befunds oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

Gesundheitsschaden

Die Beweislastumkehr bezieht sich auf folgende primäre und typischerweise damit verbundene sekundäre Gesundheitsschäden: Das Kammerflimmern mit Kreislaufstillstand führte zu einem schweren hypoxischen Hirnschaden mit Todesfolge.

Bei korrektem Vorgehen wäre nach ärztlicher Erfahrung mit folgendem Verlauf zu rechnen gewesen: Die Ursache des Kammerflimmerns mit Kreislaufstillstand und der Folge eines tödlichen hypoxischen Hirnschadens war der Verschluss eines kleinen diagonalen Astes. Die hierdurch ausgelöste Beeinträchtigung der linksventrikulären Funktion war gering, sodass die Patientin im weiteren Verlauf von Seiten des Herzens ein nicht nennenswert beeinträchtigtes Leben hätte führen können. Ein hypoxischer Hirnschaden wäre bei zeitgerechter Behandlung des

Kammerflimmerns nicht aufgetreten.

Fazit

Bei heftigen Thoraxschmerzen muss auch bei Vorliegen von Verspannungen der Rückenmuskulatur ein Herzinfarkt als lebensbedrohliche behandelbare Gesundheitsstörung in Betracht gezogen werden.