

Erschienen im Nds. Ärzteblatt 12/2016

Kasuistik

Eine 39-jährige Patientin wurde in einem Kreiskrankenhaus auf der Normalstation einer Inneren Abteilung aufgenommen mit der Diagnose TIA und Migräne, nachdem der Hausarzt die Diagnose „Apoplex“ mit schiefem Mund und Armlähmung gestellt hatte. Es wurde ein kraniales CT mit Normalbefund durchgeführt und bei der stationären Aufnahme wurde keine Lähmung (mehr) beschrieben. Ein neurologisches Konsil wurde angemeldet. Am Nachmittag wurde der Arzt informiert, dass der rechte Arm „häufig spastisch“ ist und die Patientin vor dem Bett liegend aufgefunden wurde. Am Abend desselben Tages wurde eine rechtsseitige Armparese bemerkt und der diensthabende Arzt informiert. Am nächsten Morgen wurde eine rechtsseitige Hemiparese beschrieben, die Patientin klagte über linksseitige Kopfschmerzen. Es wurden nach Rücksprache mit dem Chefarzt 5.000 IE Heparin verabreicht. Die Patientin wurde in eine andere Klinik verlegt, wo eine Computertomographie einen ausgeprägten, raumfordernden, linkshirnigen Mediainfarkt mit fleckförmiger blutiger Imbibition zeigt. Da der Infarkt älter als sechs Stunden war, war eine Lysetherapie nicht mehr möglich. Die Patientin wurde angiographiert, es wurde eine Rekanalisation eines wandständigen Thrombus in der linken Arteria Carotis interna versucht. Die Patientin wurde nachfolgend intubiert, beatmet und osmotisch behandelt und mit einer rechtsseitigen Hemiparese mit kompletter schlaffer Armparese in die Frührehabilitation entlassen. Zweieinhalb Monate später wurde die Patientin mit neuropsychologischen Störungen bei Verbesserung des Sprachvermögens nach Hause entlassen. Ein Jahr später kam es zu einem ersten komplex-fokalen Anfall, der mit Topiramate behandelt wurde. Eine Re-Stenose im Stent wurde mit einer Ballondilatation beseitigt. Zum Zeitpunkt der Antragstellung (drei Jahre später) bestand weiterhin eine eingeschränkte Funktion der Hand.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Im in Anspruch genommenen Krankenhaus sei es in fehlerhafter Weise unterlassen worden, dringend gebotene diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu treffen. Der Schlaganfall sei nicht mit

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

der gebotenen Sorgfalt behandelt worden. Die Dauerschädigung sei zu vermeiden gewesen. Insbesondere sei die neurologische Untersuchung viel zu spät durchgeführt worden.

Stellungnahme des in Anspruch genommenen Krankenhauses

In der Tat seien medizinische Fehler erkennbar. Es sei zu einer lückenhaften Betreuung gekommen, insbesondere sei ärztlich nicht ausreichend auf Mitteilungen des Pflegepersonals reagiert worden, dass sich bei der Patientin eine Änderung des Status ergeben habe. Zu diesem Zeitpunkt hätte auf jeden Fall notfallmäßig eine erweiterte Diagnostik, insbesondere eine Computertomographie des Schädels erfolgen müssen. Nachdem man am darauffolgenden Morgen von der Veränderung Kenntnis erhalten habe, sei die sofortige Verlegung der Patientin veranlasst worden.

Gutachten

Der beauftragte Gutachter ist der Ansicht, dass bei der patientenseits beanstandeten Behandlung bei Verdacht auf Apoplex oder TIA bei der Aufnahme fehlerhaft versäumt worden sei, die bei Verdacht auf TIA standardgemäßen Untersuchungen zeitnah und befundadaptiert durchzuführen. Es wurde versäumt, ein Herzecho und eine Dopplersonographie vorzunehmen. Damit hätte der stenosierende Thrombus entdeckt werden können. Bei schnellerem Handeln hätte eine PTA beziehungsweise eine Stentimplantation vor Beginn der späteren Schlaganfallsymptomatik erreicht werden können. Zusammenfassend seien die bei Verdacht auf TIA durchzuführenden Untersuchungen somit unvollständig und demzufolge nicht zeit-, sachgerecht und nicht befundadaptiert durchgeführt worden.

Es sei weiterhin bei der patientenseits beanstandeten Behandlung fehlerhaft versäumt worden, am Nachmittag nach Befundverschlechterung eine nochmalige bildgebende Diagnostik, möglichst mit MRT, durchzuführen, da das CT am Vormittag noch normal gewesen sei. Es sei Standardwissen, dass die Frühzeichen eines Infarkts im CT erst nach mehreren Stunden sichtbar seien, während sie sich im MRT wesentlich früher zeigten. Am Abend sei, zumindest nach dem Pflegebericht, die rechtseitige Armparese eindeutig gewesen. Zu diesem Zeitpunkt hätte es dem diagnostischen und therapeutischen Standard entsprochen, die Indikation für eine Lysetherapie durch sofortige und erweiterte Diagnostik ohne zeitlichen Verzug zu prüfen. Das Nichtreagieren auf die alarmierende Information aus dem Pflegebereich sei eindeutig fehlerhaft. Es sei fehlerhaft, dass bei Befundverschlechterung keine erneute CT-

Untersuchung erfolgte. Die Verlegung auf eine Stroke-Unit nach Befundverschlechterung erfolgte fehlerhaft nicht zeitgerecht, weil verspätet.

Fehlerbedingt seien folgende gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgetreten: Im Fall frühzeitigen Handelns wäre die Patientin noch im Zeitfenster der Lysetherapie zur Schlaganfalltherapie gekommen. Durch die Lysetherapie hätte mit einer höheren Wahrscheinlichkeit die große Ausdehnung des Hirninfarkts, nicht aber der Hirninfarkt selbst, verhindert werden können und somit wären bessere Bedingungen für eine Rehabilitation geschaffen worden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wäre bei früherer und optimaler Therapie ein elftägiger Aufenthalt auf der Intensivstation nicht erforderlich gewesen. Auch die Lungenkomplikationen, die während des Intensivaufenthalts aufgetreten sind, hätten vermieden werden können.

Bewertung der Haftungsfrage

Die diagnostischen Maßnahmen bei der Diagnose einer TIA mit Unterlassung einer Dopplersonographie waren fehlerhaft. Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nach Befundverschlechterung am Nachmittag und insbesondere am Abend waren fehlerhaft, weil unvollständig, nicht zeitgerecht und nicht befundadaptiert. Sie haben die Möglichkeit einer standardgemäßen Lysetherapie des Schlaganfalls verhindert.

Im vorliegenden Fall sind 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). Bei ordnungsgemäßer Befunderhebung (insbesondere bildgebende Diagnostik) wäre mit hinreichender Wahrscheinlichkeit der stenosierende Thrombus entdeckt worden. Darauf nicht sofort zu reagieren, wäre grob fehlerhaft gewesen.

Angesichts der Beweislastumkehr ist die Kausalität zwischen Fehler und Gesundheitsschaden in der Regel schon dann bewiesen, wenn der Fehler generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich

eingetretenen Art herbeizuführen. Es ist nicht erforderlich, dass der grobe Behandlungsfehler die einzige Ursache für den Schaden ist. Es reicht aus, dass der grobe Behandlungsfehler generell geeignet ist, den eingetretenen primären Schaden zu verursachen; wahrscheinlich braucht der Eintritt eines solchen Erfolgs nicht zu sein (vgl. BGH VersR 2004, 909).

Ausgeschlossen ist eine Verlagerung der Beweislast auf die Behandlungsseite ausnahmsweise unter anderem dann, wenn jeglicher haftungsbegründende Ursachenzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist, oder wenn sich nicht das Risiko verwirklicht hat, dessen Nichtbeachtung den Fehler als grob erscheinen lässt (vgl. BGH VersR 2004, 909).

Eine solche Ausnahmesituation liegt hier nicht vor, sodass die Voraussetzungen für eine Beweislastumkehr im vorliegenden Fall erfüllt sind.

Gesundheitsschaden

Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr, die auch typischerweise mit dem Primärschaden verbundene sekundäre Gesundheitsschäden umfasst, besteht der fehlerbedingte Gesundheitsschaden im Auftreten des Schlaganfalls und den damit verbundenen Beschwerden und Beeinträchtigungen.

Bei korrektem Vorgehen wäre nach ärztlicher Erfahrung mit folgendem Verlauf zu rechnen gewesen: Nach der standardgemäßen Diagnose einer TIA mit Dopplersonographie wäre durch eine zeitgerechte nachfolgende Behandlung die Wahrscheinlichkeit verringert worden, einen Schlaganfall zu erleiden. Durch standardgemäße Diagnose des Schlaganfalls wäre mit einer Lysetherapie die Ausdehnung des Schlaganfalls verringert worden und die Rehabilitationschancen hätten sich verbessert.

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

- Infolge der fehlerhaften Diagnose und Therapie der TIA ist das Risiko des nachfolgenden Schlaganfalls erhöht worden
- Infolge der fehlerhaften Diagnose und Therapie des Schlaganfalls ist das Risiko einer größeren Ausdehnung des Infarktareals mit Raumforderung erhöht worden

Fazit

Wie kommt es in drei Schritten zu Fehlern bei Verdacht auf eine transitorische ischämische Attacke? Indem man

- erstens Informationen zur Befundverschlechterung des Patienten infolge Progression zum Hirninfarkt ignoriert,
- zweitens deshalb die erforderlichen zeitnahen Untersuchungen unterlässt und so
- drittens die notwendige rasche Behandlung des Hirninfarkts versäumt.