

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Kapazitätsengpässe bei dringend notwendigen diagnostischen Maßnahmen sind problematisch: Im Zweifel muss bei fehlenden Kapazitäten eine Überweisung an eine andere Einrichtung erfolgen. Anderenfalls droht ein Befunderhebungsfehler



Von einer vollständigen Beinlähmung war eine Patientin (hier ein Symbolbild) betroffen, deren Erkrankung mit einer Verzögerung von mehreren Tagen diagnostiziert und behandelt wurde.

Anlass für die Schlichtung

Die Patientin ging davon aus, dass eine zielführende Diagnostik zu spät erfolgt sei. Hierdurch sei die richtige Diagnose zu spät gestellt worden. Die später eingetretene Querschnittslähmung wäre bei zeitgerechtem Vorgehen vermeidbar gewesen. Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen wurde konsultiert, um den Fall unabhängig sowie neutral zu begutachten und bewerten zu lassen.

Die Vorgeschichte

Bei der 67-jährigen Patientin bestanden seit circa drei bis vier Wochen lumbale Rückenschmerzen. Am Morgen des 16. Dezember kam es dann zusätzlich zum Wegsa-

cken des linken Beines. Durch den Hausarzt wurde daher eine Krankenhauseinweisung ausgestellt, unter dem Verdacht auf einen Bandscheibenvorfall.

Die strittige Behandlung

Die Patientin wurde noch am 16. Dezember – transportiert von einem Rettungswagen – in einer niedersächsischen Klinik für Neurologie vorgestellt:

Im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung wurden keine neurologischen Auffälligkeiten beschrieben. Insbesondere bestanden zu diesem Zeitpunkt keine Paresen, keine Blasen-Mastdarm-Störung und keine Reflex-Auffälligkeiten. Es bestand jedoch ein positives Zeichen nach Lhermitte. Diagnostiziert wurde eine Gangstörung bei Lumboischi-

algie links, ohne manifeste Parese und ohne Hyporeflexie. Es wurde eine stationäre Aufnahme und eine medikamentöse Therapie eingeleitet.

Am 17. Dezember wurden dann ein beidseits positives Babinski-Zeichen, eine leichte Fußheberschwäche beidseits und eine Minderung des Vibrationsempfindens von 2/8 an den Malleolen und ein Klopfschmerz über der Brustwirbelsäule (BWS) festgestellt. Zur weiterführenden Diagnostik wurde ein MRT angemeldet.

Am 18. Dezember wurden Gefühlsstörungen im linken Fuß und im linken Knie und am 19. Dezember eine Verschlechterung der Rückenschmerzen beschrieben. Am 20. Dezember trat dann eine Parese der Fußhebung beidseits sowie der Hüftbeugung auf. Aufgrund dessen wurde nunmehr auf Durchführung des angemeldeten MRTs gedrängt.

Das MRT der BWS wurde dann im Laufe des Tages durchgeführt. Hierbei wurden Metastasen mit Myelonkompression durch eine maligne Raumforderung beschrieben.

Am Morgen des 21. Dezembers wurde ein neurochirurgisches Konsil angefordert. Zudem erfolgte eine CT-Untersuchung von Thorax und Abdomen. Hierbei wurde ein exulzeriertes Mamma-Karzinom im axillären Ausläufer der linken Mamma diagnostiziert. Außerdem bestand der Verdacht auf einen zweiten Herd.

Der weitere Verlauf

Im weiteren Verlauf kam es zu einer Zunahme der Beinparesen. Es zeigte sich klinisch das Bild eines sensomotorischen Querschnittsyndroms, sodass die Patientin schließlich am 22. Dezember in eine andernorts ansässige Klinik für Neurochirurgie zur operativen Entlastung des Rückenmarks verlegt wurde.

Noch am Abend des 22. Dezember erfolgte dort eine Laminektomie BWK 4/5 und 5/6. Im weiteren Verlauf kam es zu einer spontanen Perforation des Colon transversum mit der Notwendigkeit mehrerer Operationen. Im Anschluss erfolgte eine Strahlentherapie. Nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung im Mai des Folgejahres bestand noch eine Parese der Beine von Kraftgrad 4/5 sowie ein unsicherer Stand und Gang.

Erwiderungen des Antragsgegners

Aus der in Anspruch genommenen Klinik wurde im Rahmen des Schlichtungsverfahrens vorgetragen, dass eine Indikation zur notfallmäßigen Bildgebung bei Aufnahme

nicht bestanden habe. Spätestens am 18. Dezember sei ein MRT indiziert gewesen, habe aufgrund von Kapazitätsengpässen im MRT jedoch erst am 20. Dezember erfolgen können.

Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle konsultierte neurologische Gutachter kam zu der Schlussfolgerung, dass ein MRT bereits am 17. oder 18. Dezember hätte erfolgen müssen. Das neurochirurgische Konsil sei zudem mit einer Verzögerung um einen Tag angemeldet worden. Außerdem hätte ein tägliches neurologisches Monitoring erfolgen müssen. Das Ausmaß der Paraparese hätte durch eine zeitnahe Diagnostik und neurochirurgische Intervention „möglicherweise reduziert“ werden können; ein Rückenmarksschaden hätte jedoch auch bei früherer Reaktion voraussichtlich nicht verhindert werden können.

Hinsichtlich des kausalen Schadens wurde zusätzlich ein neurochirurgisches Gutachten eingeholt.

Anzeige

Bauen Sie auf uns für effektive Entlastung bei Verwaltungsaufgaben!

Erfahren Sie, wie wir Sie und Ihr Praxisteam von **administrativen Aufgaben im Bereich der Privatabrechnung befreien, damit Sie sich ganz auf Ihre medizinische Arbeit konzentrieren können.**

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.pvs-niedersachsen.de

Die PVS*
Niedersachsen

www.pvs-niedersachsen.de

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle:

Die Schlichtungsstelle der Ärztekammer Niedersachsen schloss sich den Gutachtern an.

Der Befunderhebungsfehler

Es hätte bereits am 17., spätestens jedoch am 18. Dezember eine notfallmäßige MRT-Diagnostik und ein neurochirurgisches Konsil erfolgen müssen:

Am 16. Dezember war aus der maßgeblichen Sicht ex ante eine notfallmäßige MRT-Diagnostik noch nicht indiziert. Am 17. Dezember kamen jedoch weitere Symptome hinzu. Zu diesem Zeitpunkt war ein notfallmäßiges MRT indiziert. Fehlerhaft wurde das MRT am 17. Dezember nicht als dringlich angemeldet. Die Anmeldung erfolgte mit normaler Dringlichkeit (wie eine Routineuntersuchung). Es hätte jedoch auf die notfallmäßige Dringlichkeit hingewiesen werden müssen. Die Akuität und die zügige Entwicklung der Symptome als Hinweis auf die Dringlichkeit wurden in der MRT-Anforderung ebenfalls fehlerhaft nicht angegeben.

Auch nachdem am Morgen des 18. Dezembers Hinweise auf eine Hinterstrangaffektion erhoben worden waren, wurde nicht entsprechend reagiert. Es hätte abermals auf die Dringlichkeit der MRT-Diagnostik hingewirkt werden müssen. Denn wenn eine notfallmäßige MRT-Diagnostik vor Ort – aus kapazitären oder sonstigen Gründen – nicht möglich gewesen sein sollte, hätte eine notfallmäßige Verlegung in eine andere Klinik erfolgen müssen.

Nachdem im Rahmen des MRTs auffällige Befunde erhoben worden waren (metastatische Raumforderung), wurde fehlerhaft nicht unmittelbar (noch am 20. Dezember) ein neurochirurgisches Konsil angemeldet. Stattdessen wurde fehlerhaft ein routinemäßiges Konsil mit normaler Dringlichkeit angemeldet. Zusätzlich wurde fehlerhaft in der neurochirurgischen Konsilanforderung nicht auf die neurologischen Ausfallerscheinungen hingewiesen.

Unabhängig davon hätte täglich ein klinisch-neurologisches Monitoring erfolgen müssen.

Die Beweislastumkehr

Aus dem Befunderhebungsfehler resultierte im vorliegenden Fall auch eine Beweislastumkehr:

Wäre bereits am 17. Dezember ein notfallmäßiges MRT durchgeführt worden (gegebenenfalls nach notfallmäßiger Verlegung), wären hierbei mit überwiegender Wahr-

scheinlichkeit bereits die Metastasen erkannt worden. So dann hätte umgehend eine notfallmäßige Verlegung in eine neurochirurgische Abteilung und eine notfallmäßige Operation veranlasst werden müssen.

Der kausale Schaden

Als kausal fehlerbedingter Schaden wurde eine Behandlungsverzögerung von circa fünf Tagen (vom 17. Dezember bis zum 22. Dezember) nebst Schmerzen und Beschwerden, Zunahme der Beinschwäche, Entwicklung einer vollständigen Beinlähmung mit Verlust der Steh- und Gehfähigkeit qualifiziert.

Der weitere Verlauf war jedoch nicht kausal auf den Behandlungsfehler zurückzuführen. Insbesondere wäre auch bei fachgerechtem Vorgehen eine Operation und Strahlentherapie notwendig geworden. Dies war durch die Grunderkrankung an sich bedingt und nicht durch die fehlerhafte Behandlungsverzögerung. Es kann zudem nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die spontane Kolonperforation vermieden worden wäre, wenn die Operation früher stattgefunden hätte. Auch das bereits beginnende inkomplette Querschnittssyndrom mit milder beidseitiger Beinschwäche und die verminderte Tiefensensibilität wäre bei einer frühzeitigeren Operation nicht zu vermeiden gewesen, wie der konsultierte neurochirurgische Gutachter ausführte.

Take-Home-Message

Bei progredienten klinischen Symptomen muss umgehend eine bildgebende Diagnostik initiiert werden. Ist eine solche vor Ort aus Kapazitätsengpässen oder anderen Gründen nicht unmittelbar möglich, muss eine Verlegung der Patientin oder des Patienten erfolgen. Andernfalls kann ein Befunderhebungsfehler subsumiert werden. Hieraus können bei einer Beweislastumkehr mitunter weitreichende Folgen für die behandelnde Klinik resultieren.

Ass. jur. Justine Launicke
Leiterin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Niedersachsen

Professor Dr. med. Mathias Bähr
Facharzt für Neurologie
Direktor der Klinik für Neurologie, Universitätsmedizin
Göttingen
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen