

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Die Aufgabe einer Notaufnahme ist die Notfallbehandlung. Die Aufklärung über Risikofaktoren für chronische Erkrankungen und die Gesundheitsberatung von Patientinnen und Patienten gehört in die hausärztliche Versorgung.

Anlass für die Schlichtung

Der damals 34-jährige Patient stellte sich aufgrund von Thoraxschmerzen in der kardiologischen Notfallambulanz der Klinik der Antragsgegnerin vor. Nach einer umfangreichen Diagnostik, bei der ein Herzinfarkt und ein akutes Koronarsyndrom ausgeschlossen wurden, wurde er am selben Tag wieder entlassen. Rund acht Monate später fand seine Frau ihn neben einem Fitness-Gerät nicht mehr ansprechbar und mit akuter Atemnot auf. Nach einer frustrierten Reanimation verstarb der Patient am selben Tag im Krankenhaus.

Hintergründe des Antrags

Am frühen Morgen des 6. Mai 2020 berichtete der Patient in der Notaufnahme von erstmalig aufgetretenen Brustschmerzen seit dem Morgen des Vortags. Atemnot oder ein Engegefühl in der Brust lagen nicht vor. Als Risikofaktoren lagen eine Adipositas (BMI 36,5) sowie ein Nikotinabusus vor.

Bei Aufnahme betrug der Blutdruck des Patienten 170/95 mmHg, außerdem bestand eine Hypercholesterinämie (342 mg/dl, LDL-Cholesterin nicht bestimmt) und eine Hypertriglyceridämie (513 mg/dl). Der Troponin T-Wert war mit 13,8 pg/ml ebenso wie der D-Dimer-Wert im Normbereich. Eine Verlaufskontrolle des Troponins erfolgte nicht. Das EKG zeigte einen Sinusrhythmus mit Linkstyp und eine grenzwertig lange PQ-Zeit mit 204 ms, der R/S-Umschlag war bei verzögerter R-Progression bei V5/V6. Eine Erregungsrückbildungsstörung bestand nicht. Bei der Röntgen-Thoraxuntersuchung zeigte sich das Herz nicht vergrößert und es gab keine Hinweise auf eine pulmonalvenöse Stauung. Auffällig war lediglich eine Zeichnungsvermehrung rechts basal, welche laut Radiologie auch mit einem pneumonischen Infiltrat vereinbar war. Der CRP-Wert betrug 17,6 mg/l. Weitere Anzeichen für eine Pneumonie wie Husten, Rasselgeräusche bei der Auskultation, Dyspnoe oder Fieber lagen nicht vor.

Die Beschwerden wurden als muskuloskelettal gedeutet und ein akutes Koronarsyndrom aufgrund des normwertigen Troponins sowie des unauffälligen EKG ausgeschlossen. Es erfolgte die Gabe von Volumen und 1 g Paracetamol, bevor der Patient gegen sechs Uhr morgens beschwerdefrei entlassen wurde. Eine Empfehlung zur weiteren Abklärung des akuten Krankheitsbildes wurde nicht ausgesprochen.

Die strittige Behandlung

Zwölf Tage später, am 18. Mai 2020, suchte der Patient seinen Hausarzt auf. Dort wurden ein Gesundheits-Check-up und eine Blutuntersuchung durchgeführt. Der niedergelassene Arzt befandete erhöhte LDL-Cholesterin- sowie Triglycerid-Werte und diagnostizierte unter anderem eine Hyperuricämie, einen Leberparenchymschaden sowie eine Fettstoffwechselstörung.

Ein gutes halbes Jahr später, am 28. Januar 2021, wurde der Patient von seiner Frau neben einem Fitness-Gerät kniend, mit akuter Atemnot aufgefunden. Eine Kontaktaufnahme war nicht mehr möglich, sodass seine Frau eine Laienreanimation bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes durchführte. Nach Intubation wurde der Patient unter Beatmung und fortgeführter Reanimation in das Klinikum der Antragsgegnerin gebracht. Dort wurde die Reanimation weitergeführt und es erfolgten weitere Adrenalin-Gaben sowie eine Pufferung der Azidose. Es traten nunmehr Blutungen aus dem Mundraum und beiden Gehörgängen auf. Mittels Echokardiografie wurde ein Herzstillstand befundet und die Reanimation um 22 Uhr eingestellt. Die durchgeführte Obduktion zeigte als Hauptbefund eine schwere generalisierte Arteriosklerose, welche auch im Bereich der Herzkranzgefäße im Sinne einer Koronaren Herzkrankheit (KHK) nachweisbar war. Außerdem lagen ein kleinherdiger frischer Myokardinfarkt der Vorderwand sowie großherdig multiple ältere Myokardinfarkte der Vorder- und Hinterwand vor. Das Herz war insgesamt mit einer Wanddicke des linken Ventrikels von bis zu 2,0 cm sowie des rechten Ventrikels von bis zu 0,7 cm deutlich hypertrophiert. Das Gesamtgewicht des Herzens betrug 632 g. Als Todesursache nannte der Obduktionsbericht ein akutes Herz-Kreislaufversagen im Zusammenhang mit der akuten Myokardischämie der Vorderwand bei vorgeschädigtem, narbig fibrosiertem Herz und einer schweren Myokardhypertrophie.

Beanstandungen der Behandlung

Die Ehefrau des Patienten beanstandet die Behandlung am 6. Mai 2020, da ihrer Ansicht nach auf den Ausschluss eines akuten Krankheitsgeschehens in der Notfallambulanz eine diagnostische Abklärung der Brustschmerzen, vor allem hinsichtlich einer KHK, hätte erfolgen müssen. Außerdem sei keine Sicherungsaufklärung erfolgt. Eine fachärztliche Behandlung sowie körperliche Schonung seien ebenfalls fehlerhaft nicht empfohlen worden.

Erwiderungen seitens der Ärztinnen und Ärzte

Das Krankenhaus führt aus, dass der Patient an einer hochgradigen generalisierten, verkalkten und stenosierenden Arteriosklerose der Aorta thoracica und abdominalis sowie an einer hochgradigen langstreckig verkalkenden und stenosierenden Koronararteriosklerose gelitten habe. Zusätzlich habe eine Myokardhypertrophie bestanden. Ob zum Zeitpunkt der Notfallbehandlung bereits therapiebedürftige Erkrankungen vorlagen, sei nicht zu klären. Beide Erkrankungen hätten die Myokardischämie verursacht haben können.

Das externe medizinische Gutachten

Der Gutachter kommt nach ausführlicher und in sich widerspruchsfreier Auswertung der vorliegenden Unterlagen zu dem Ergebnis, dass die getroffenen Diagnosen vertretbar waren, insbesondere eine KHK nicht fehlerhaft nicht diagnostiziert wurde. Es sei nicht als fehlerhaft zu werten, dass am 6. Mai 2020 seitens der Antragsgegnerin keine kardiologische Weiterbehandlung empfohlen wurde.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle hat sich diesem Ergebnis angeschlossen. Die Behandlung am 6. Mai 2020 erfolgte nach dem zum Behandlungszeitpunkt geltenden Facharztstandard. Es war Aufgabe der Notaufnahme, akute lebensbedrohliche Krankheitszustände, welche mit den beklagten Beschwerden einhergehen könnten, auszuschließen. Die Diagnostik sowie das Vorgehen entsprachen dem Facharztstandard. In dem vorliegenden Fall seien mögliche akute Erkrankungen insbesondere ein akutes Koronarsyndrom/Myokardinfarkt, eine akute Lungenembolie, eine akute Aortendissektion oder ein Pneumothorax gewesen. Diese Erkrankungen wurden ausgeschlossen.

Auch die Diagnose „muskuloskelettale Beschwerden“ ist plausibel vertretbar. Es handelte sich insoweit um eine Ausschlussdiagnose, da andere Erkrankungen mit ähnlichen Beschwerdebildern zuvor exkludiert wurden. Aufgrund der Adipositas des Patienten waren Beschwerden, die mit dem Bewegungsapparat assoziiert sind, wahrscheinlich.

Laut Gutachter war aus dem Umstand, dass einmalig thorakale Schmerzen in Ruhe ohne weitere Episoden auftraten, kein stringenter Hinweis auf das Vorliegen einer KHK abzuleiten. Es bestanden jedoch Risikofaktoren, welche die Entwicklung einer KHK begünstigen können, da der Patient unter einer Adipositas litt, Raucher war sowie eine Hypercholesterinämie und erhöhte Blutdruckwerte aufwies. Die Aufgabe, darauf hinzuweisen und an der Reduzierung dieser Risikofaktoren zu arbeiten, obliegt allerdings nicht der Notaufnahme. Die Gesundheitsberatung sowie -förderung ist

Aufgabe der Hausärztin oder des Hausarztes. Diesen suchte der Patient auch wenige Tage nach der Klinikbehandlung auf. Der Gutachter führt zwar aus, dass es korrekt und wünschenswert gewesen wäre, wenn seitens des Krankenhauses auf eine Verringerung der Risikofaktoren hingewiesen worden wäre, eine Pflicht, dies zu tun, bestand allerdings nicht. Seitens der Notaufnahme wurde daher ausreichend über alle Umstände informiert, die zu einer Sicherung des Heilungsverlaufs und einem therapiegerechten Verhalten erforderlich waren. Es war somit kein Behandlungsfehler, dass keine kardiologische Weiterbehandlung empfohlen wurde. Da zudem Art und Dauer der beschriebenen Beschwerden für das Vorliegen einer KHK nicht typisch waren, ist auch die nicht diagnostizierte chronische KHK kein Behandlungsfehler. In der akuten Notaufnahmesituation ist es ausreichend, wenn lebensbedrohliche und akute Erkrankungen erkannt und behandelt werden.

Darüber hinaus war es nicht behandlungsfehlerhaft, keine körperliche Schonung zu empfehlen, da am 6. Mai 2020 akute kardiologische Ursachen der Schmerzen fachgerecht ausgeschlossen wurden. Eine körperliche Schonung wird, soweit kardiologische Krankheitsbilder vorliegen, nur noch in wenigen Ausnahmefällen, wie zum Beispiel bei einer Myokarditis, empfohlen. Patientinnen und Patienten mit Risikofaktoren für eine Arteriosklerose werden dazu angehalten, sich zu bewegen, da dies zu einer Senkung des Blutdrucks sowie einem Rückgang der Adipositas und der Cholesterin- und Triglycerid-Werte führt. Auch wenn zum Behandlungszeitpunkt wahrscheinlich bereits eine KHK bestanden hat, wäre daher hieraus keine Pflicht zur körperlichen Schonung gefolgt, da Bewegung die Prognose einer bestehenden KHK verbessert.

Take-Home-Message

Die Aufgabe, auf Risikofaktoren bezüglich einer chronischen Erkrankung hinzuweisen und an deren Reduzierung zu arbeiten, obliegt nicht der Notaufnahme. Die Gesundheitsberatung sowie -förderung ist Aufgabe von Hausärztinnen und Hausärzten sowie der Patientin oder des Patienten selbst. Es ist zwar wünschenswert, dass auch bei Notfallbehandlungen im Krankenhaus auf eine Verringerung möglicher Risikofaktoren hingewiesen wird, eine rechtliche Pflicht, dies zu tun, besteht allerdings nicht in jedem Fall.

Svenja Geschwandtner, LL.M., Juristin
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen
Professor Dr. med. Wolfram Terres, Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt: Kardiologie