

Der „interessante Fall“

Folge 1: Die tiefe Venenthrombose

Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) möchte anhand ausgewählter, anonymisierter Fallbeispiele Kolleginnen und Kollegen für bestimmte klinische Themen sensibilisieren und somit in ihrer täglichen Arbeit unterstützen.

Vorwürfe einer Fehlbehandlung tiefer Venenthrombosen (TVT) sind immer wieder Gegenstand von Gutachterverfahren. Oft sind die vom Patienten vorgetragenen Beschwerden und die Befunde der allgemeinen körperlichen Untersuchung wenig spezifisch und lassen eine TVT weder mit ausreichender Sicherheit nachweisen, noch ausschließen. Die differenzialdiagnostischen Überlegungen reichen aufgrund von unspezifischen Symptomen wie Schmerzen, Schwellung und Verfärbung von einer Muskelzerrung bis hin zu einer unklaren Weichteilinfektion. Wichtig ist eine frühzeitige Diagnostik und Therapie, um einem appositionellen Wachstum des Thrombus, der Entstehung von Lungenembolien und einem postthrombotischen Syndroms entgegenzuwirken. Die aktuell gültige „S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie“ empfiehlt einen diagnostischen Algorithmus, welcher unter Berücksichtigung der klinischen Wahrscheinlichkeit (KW) eine effiziente Diagnostik erlaubt.

Nach Anamnese und körperlicher Untersuchung sollte zunächst die Abschätzung der KW für eine mögliche TVT erfolgen. Bewährt hat sich in diesem Zusammenhang der sogenannte Wells-Score mit zweistufiger Graduierung: „Nicht hohe“ vs. „hohe“ KW (Tabelle).

Bei „nicht hoher“ KW sind die D-Dimere zu bestimmen, die als Marker für eine Aktivierung von Gerinnung und Fibrinolyse dienen. Erhöhte D-Dimere sind jedoch nicht beweisend für das Vorliegen einer TVT, da sie unter anderem auch bei Malignomen, entzündlichen Erkrankungen, in der Schwangerschaft und nach Operationen erhöht sein können. Der Wert des D-Dimer-Tests in der Diagnostik der TVT besteht aber darin, dass bei „nicht hoher“ KW ein negativer D-Dimer-Test eine behandlungsbedürftige Venenthrombose so sicher ausschließt, dass keine weiterführende Diagnostik erforderlich

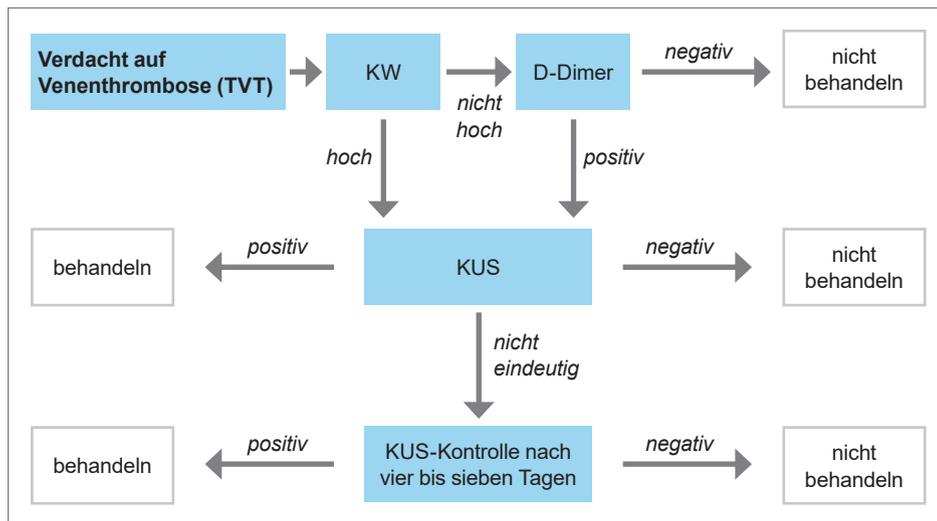


Abbildung: Diagnostischer Algorithmus bei Verdacht auf Venenthrombose. KW = Klinische Wahrscheinlichkeit; KUS = Kompressionsultraschall der Beinvenen.

ist. Auf diese Weise lassen sich mittels KW und D-Dimer-Test rund 50 Prozent der Verdachtsfälle auf eine TVT bereits ambulant und ohne Bildgebung klären.

Ein D-Dimer-Test sollte deshalb auch in der Praxis des Allgemeinmediziners vorgehalten werden. Seine Durchführung ist allerdings nur nach vorausgegangener Einschätzung der KW einer TVT sinnvoll. Sind die D-Dimere erhöht, ist auch bei „nicht hoher“ KW eine zeitnahe bildgebende Diagnostik angezeigt. Ist die KW „hoch“, ist umgehend eine bildgebende Diagnostik durchzuführen. Methode der Wahl ist hierbei die Kompressions-Sonografie der tiefen Venen. Der bildgebende Befund muss dabei nachvollziehbar dokumentiert werden. Für die Diagnostik der Beckenvenen soll zusätzlich das Doppler-Flussignal abgeleitet werden. Verzögert sich die bildgebende Diagnostik, sollte vorsorglich mit einer gerinnungshemmenden Behandlung begonnen werden. Bei unklarem Ultraschallbefund und Fragestellungen, die die Beckenvenen sowie die Vena cava betreffen, können MRT und CT zur Gefäßdiagnostik eingesetzt werden. Die Phlebografie kommt als nachgeordnetes Verfahren nur noch bei speziellen Indikationen in Frage.

Fall 1

Sachverhalt

Patientin sucht wegen Schmerzen der linken Wade ihren Hausarzt auf. Es wird ein „lokaler Wadenschmerz“ dokumentiert, keine Dokumentation der KW für eine TVT. Verdacht auf TVT, Durchführung einer Kompressions-Sonografie ohne ausreichende Dokumentation, TVT weder nachzuweisen, noch auszuschließen, wohl wegen unzureichender Untersuchungstechnik. Versorgung mit Kompressionsstrumpf. Empfehlung, sich am nächsten Tag beim Internisten vorzustellen. Am Folgetag beim Internisten neu aufgetretene Atembeschwerden, Druckschmerz linke Wade mit leichter Verhärtung. D-Dimere dreifach positiv. Kompressions-Sonografie: TVT linker Unterschenkel. Spiral-CT der Lunge: Frische zentrale Lungenarterienembolie.

Externer Gutachter

Der diagnostische Prozess hätte, der Leitlinie folgend, mit der Einschätzung der KW beginnen müssen, was nach Aktenlage nicht erfolgte. Bei nicht hoher KW, wie im vorliegenden Fall (Wells-Score < 2), hätte ein D-Dimer-Test mit negativem Ergebnis eine Thrombose ausschließen können. Bei positivem D-Dimer-Test

wäre – ebenso wie bei hoher KW – eine bildgebende Diagnostik durchzuführen, an die selbstverständlich gewisse Qualitätsanforderungen zu stellen sind. Im vorliegenden Fall wurde weder die KW bestimmt, noch ein D-Dimer-Test durchgeführt. Die Sonografie wurde nicht mit der erforderlichen Qualität durchgeführt und dokumentiert und war daher nicht verwertbar. Die Entscheidung, ob eine sofortige Heparinisierung geboten gewesen wäre, konnte daher nicht getroffen werden. Der Antragsgegner hätte die Patientin wegen unzureichender eigener Kenntnisse und Fertigkeiten in der erforderlichen Diagnostik unverzüglich an einen Arzt mit entsprechender Fachkompetenz überweisen müssen.

Entscheidung der Kommission

Ein Behandlungsfehler in Form einer unzureichenden Diagnostik und Therapie einer tiefen Unterschenkelvenenthrombose liegt vor. Der Behandlungsfehler ist mitursächlich für die Entwicklung der Lungenembolie.

Fall 2

Sachverhalt

Vorstellung der Patientin beim Hausarzt wegen Schmerzen in der linken Kniekehle. Behandlungsunterlagen: „Verdacht auf Baker-Zyste“, „Sono indifferent“, keine Angaben zur sonografischen Untersuchungstechnik, keine Dokumentation des sonografischen Befundes, keine Angaben zu Anamnese und körperlichem Untersuchungsbefund. Überweisung zum Chirurgen zur weiteren Abklärung. Drei Tage später notfallmäßige Klinikaufnahme mit massiver zentraler Lungenembolie beidseits und sonografischem Nachweis einer tiefen Beinvenenthrombose links vom Unterschenkel bis oberhalb des Kniegelenkes.

Externer Gutachter

Bei Schmerzen in der Kniekehle sollte, auch bei fehlenden sonstigen Hinweisen auf eine Thrombose, eine TVT ausgeschlossen oder nachgewiesen werden. Die hierfür geeignete Ultraschalluntersuchungstechnik ist die

Klinisch Charakteristik	Score
Aktive Tumorerkrankung	1
Lähmung oder kürzliche Immobilisation der Beine	1
Bettruhe (> drei Tage); große Chirurgie (< zwölf Wochen)	1
Schmerz/Verhärtung entlang der tiefen Venen	1
Schwellung ganzes Bein	1
Unterschenkelschwellung > drei Zentimeter gegenüber Gegenseite	1
Eindrückbares Ödem am symptomatischen Bein	1
Kollateralvenen	1
Frühere, dokumentierte TVT	1
Alternative Diagnose mindestens ebenso wahrscheinlich wie Venenthrombose	- 2

Tabelle: Validierter klinischer Score zur Ermittlung der klinischen Wahrscheinlichkeit einer Venenthrombose: Wells-Score. Score ≥ 2 : Wahrscheinlichkeit für TVT hoch; Score < 2 : Wahrscheinlichkeit für TVT nicht hoch.

B-Mode-Sonografie mit Kompression der tiefen Venen, die sogenannte Kompressions-Sonografie. In der Patientenakte findet sich weder ein Bilddokument noch ein schriftlicher Untersuchungsbefund einer Kompressions-Sonografie.

Entscheidung der Kommission

Nach gefestigter Rechtsprechung begründet das Fehlen der medizinisch erforderlichen ärztlichen Dokumentation die Vermutung, dass die vom Arzt nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht getroffen worden ist. Die Kommission muss daher davon ausgehen, dass eine Kompressions-Sonografie nicht durchgeführt wurde. Dieses Vorgehen widerspricht dem zum Zeitpunkt der Behandlung gültigen medizinischen Standard und stellt somit einen Behandlungsfehler dar, wenn die Untersuchung nicht zeitnah bei einem in der Kompressions-Sonografie erfahrenen Kollegen angefordert wird. Die vom Antragsgegner veranlasste Überweisung zum Chirurgen, die von der Antragstellerin nicht wahrgenommen wurde, war nicht ausreichend, da die Antragstellerin (nach Aktenlage) nicht auf die Bedeutung und die Dringlichkeit dieser Maßnahme hingewiesen wurde. Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt 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 Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde. So liegt der Fall hier. Die Durchführung einer Kompressions-Sonografie wäre im vorliegenden Fall zweifelsfrei erforderlich gewesen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass bei Durchführung dieser Methode die tiefe Beinvenenthrombose erkannt worden wäre. Eine gerinnungshemmende Behandlung wäre daraufhin zwingend erforderlich gewesen. Aus Beweislastgründen ist deshalb anzunehmen, dass der Behandlungsfehler für den eingetretenen Gesundheitsschaden (Lungenembolie) ursächlich ist. Unter Beachtung der Leitlinien-Empfehlung hätte sich im vorliegenden Fall bei „nicht hoher“ KW und einem mit hinreichender Wahrscheinlichkeit positivem Ergebnis des durchzuführenden D-Dimer-Tests bereits am ersten Untersuchungstag die eindeutige Indikation für eine umgehende bildgebende Diagnostik mittels Kompressions-Sonografie ergeben, der der Antragsgegner wegen unzureichender Sachkenntnis jedoch vorwerfbar nicht nachgekommen ist.

Zusammenfassung

Die in den exemplarisch dargestellten Kasuistiken gerügten Behandlungsfehler beruhen im Wesentlichen darauf, dass differenzialdiagnostisch zu wenig an eine TVT gedacht wurde, die Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik der TVT nicht beachtet wurden, die bildgebende Diagnostik ungeeignet war, qualitativ unzureichend durchgeführt oder nicht ausreichend dokumentiert wurde. Durch Einhaltung einer leitliniengerechten, abgestuften Diagnostik kann eine TVT rasch und mit großer Sicherheit abgeklärt und ein möglicher Behandlungsfehler vermieden werden.

Autoren

Dr. Wilfried Rothenberger,
Facharzt für Innere Medizin,
stellvertretender Vorsitzender der
Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen
bei der BLÄK

Dr. Christian Schlesiger,
Abteilungsleiter der Gutachterstelle für
Arzthaftungsfragen bei der BLÄK