

Der „interessante Fall“ aus der Gutachterstelle

Folge 12: Akutes Subduralhämatom nach Sturz bei 82-jähriger Patientin



© Photographee.eu – stock.adobe.com

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.

Sturzereignisse mit Kopfanprall sind bei geriatrischen Patienten ein typisches Verletzungsmuster und gelten allgemein als häufigste Ursache für ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT). Sie erfordern daher ärztlicherseits unweigerlich eine Abklärung bzw. Ausschluss des SHT, da zum Beispiel auch leichtere Schädelprellungen mit intrakraniellen Verletzungen einhergehen können.

Zur Erstdiagnostik erfolgt dabei eine neurologische Untersuchung inklusive Einschätzung des Schweregrads bei SHT nach der Glasgow Coma Scale (GCS). Bei auffälligem Ergebnis oder beim Vorliegen weiterer Faktoren, unter anderem Erbrechen, Amnesie

oder Hinweisen auf eine mögliche Gerinnungsstörung bzw. Antikoagulantientherapie sollte die Untersuchung leitliniengerecht um eine craniale Computertomografie (CCT) ergänzt werden. Darüber gelten die New Orleans Criteria (NOC) als validierte Kriterien, bei denen die Durchführung einer CCT (von Kopf und HWS) trotz initialen GCS von 15 empfohlen wird. Sie empfehlen auch bei unauffälliger GCS (GCS-Wert 15) eine CCT-Diagnostik von Kopf und Hals unter anderem bei persistierenden Kopfschmerzen, Erbrechen, Alter über 60 bzw. einer sichtbaren Verletzung oberhalb der Klavikula.

Vorbestehende Erkrankungen können im Zusammenhang mit einer nur eingeschränkt möglichen Anamnese die neurologische Einschätzung erheblich erschweren. Aufgrund der Notfallsituation fehlen oft Arztbriefe, die über Vordiagnosen und Vorbefunde Auskunft geben könnten. Im Stil einer „stillen Post“ veränderte weitergegebene Informationen beeinträchtigen die Beurteilung zusätzlich.

Medizinischer Sachverhalt

Nach operativer Versorgung einer Humeruskopffraktur begab sich eine 82-jährige Patientin in eine stationäre Anschlussheilbehandlung. Zur Thromboseprophylaxe erhielt sie in der Reha-Klinik ein niedermolekulares Heparin subkutan. Am fünften Tag stürzte sie gegen 23 Uhr auf dem Weg zur Toilette und fiel dabei auf die linke Körperseite. Als sie von einer Pflegekraft aufgefunden wurde, war sie voll ansprechbar. Etwa zwei Stunden später klagte die Patientin über Unwohlsein. Bei der Untersuchung durch die diensthabende Ärztin zeigte sich nun eine Beule über dem linken Auge und die Patientin sprach einsilbig und verwaschen. Die Pupillen waren isokor, der Blutdruck bei 200/100 mmHg. Unter der Verdachtsdiagnose eines SHT wurde der Rettungsdienst alarmiert und die Patientin mit Notarztbegleitung in ein benachbartes Akutkrankenhaus (Antragsgegner) verlegt. Im Notarztprotokoll wurde dabei „Patientin beim Fensteröffnen gestürzt.“ und als Erstdiagnose eine „Schädelprellung“ angegeben, im Einsatzprotokoll des Rettungsdienstes findet sich dagegen der Eintrag „Schädel-Hirn-Trauma leicht“.

Nach Eintreffen in der Notaufnahme im Akutkrankenhaus um 2 Uhr nachts wurde „Patientin aus dem Bett auf die linke Seite gestürzt. Keine Bewusstlosigkeitsepisode. Antikoagulation mit Enoxaparin-Natrium“ notiert. Zur klinischen Untersuchung wurde der Befund einer Hämatomverfärbung frontal links, die Pupillen isokor mit prompter Lichtreaktion und Konvergenz sowie „grobneurologisch unauffällig“ vermerkt. Eine Beurteilung nach dem GCS oder den NOC erfolgte nicht, jedoch wurden Übelkeit, Erbrechen und eine retrograde Amnesie ausgeschlossen. Eine bildgebende Diagnostik wurde nicht durchgeführt. Mit der Diagnose „Schädelprellung links frontal“ wurde die Patientin gegen 3:30 Uhr in die Reha-Klinik rückverlegt.

Den Pflegekräften der Reha-Klinik fiel erneut eine einsilbige, verwaschene Sprache auf, woraufhin gegen 4:15 Uhr nochmals der Rettungsdienst gerufen wurde. Bei Eintreffen des Rettungswagens erbrach die Patientin wiederholt. Es

Qualifizierter Befunderhebungsfehler

In dem als Folge 12 vorgestellten Fall führt die juristische Bewertung als qualifizierten Befunderhebungsfehler zu einer von der Gutachterstelle festgestellten Haftung des beschuldigten Krankenhauses für die eingetretene Pflegebedürftigkeit der 82-jährigen Patientin.

Die behandelnden Ärzte stellten nach einem Sturzgeschehen fälschlicherweise lediglich eine „Hämatomverfärbung frontal links“ fest. Später, nachdem sich der Gesundheitszustand der Patientin deutlich verschlechterte, wurde die zutreffende Diagnose einer Subduralblutung gestellt. Rechtlich gesehen führt nicht jede unrichtige Diagnose zu einer Haftung des Arztes. Die Problematik, wann der behandelnde Arzt bei einer unrichtigen Diagnose Schadensersatz zu leisten hat, wurde von der Gutachterstelle in der Folge 11 (*Bayerisches Ärzteblatt* 5/2021, Seite 194 f.) behandelt. In diesem Fall stellte sich aber die Frage, ob die Diagnose vorwerfbar falsch gestellt worden ist (Diagnosefehler) nicht. Der Behandlungsfehlervorwurf besteht hier darin, eine gebotene Diagnostik unterlassen zu haben oder anders formuliert, fehlerhaft einen Befund nicht erhoben zu haben (Befunderhebungsfehler).

Zunächst ist ein Befunderhebungsfehler, genauso wie ein Diagnosefehler, nichts anderes als ein Behandlungsfehler. Besondere juristische Bedeutung bekommt der Befunderhebungsfehler dann, wenn, wie von der Kommission der Gutachterstelle festgestellt, die unterlassene Diagnostik mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 Prozent zu einem Befund geführt hätte, der weitere ärztliche Maßnahmen erforderlich gemacht hätte. Stellt man darüber hinaus fest, dass ein Unterlassen dieser Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre, ist der Befunderhebungsfehler „qualifiziert“. Dies führt zu der rechtlichen Konsequenz, dass nicht mehr der Patient den Kausalzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und erlittenen Gesundheitsschaden beweisen muss. Nunmehr ist der behandelnde Arzt gefordert, darzulegen, dass der erlittene Gesundheitsschaden auch bei fachgerechtem ärztlichen Handeln entstanden wäre. Einen solchen Nachweis zu führen, ist regelmäßig nicht möglich.

wurde ein GCS von 14 notiert. Nach Ankunft im Akutkrankenhaus zeigte die Patientin eine verwaschene Sprache, es kam zu einer Eintrübung und es wurde ein GCS von 8 erhoben. Nunmehr wurde eine CCT veranlasst. Diese zeigte eine ausgedehnte linkshemisphärische Hirnblutung mit Mittellinienshift und drohender Hirnstammkompression. Die Patientin wurde daraufhin intubiert in eine neurochirurgische Klinik verlegt. Neun Stunden nach dem Unfallereignis erfolgte die neurochirurgische Versorgung mit Kraniotomie und Ausräumung des akuten Subduralhämatoms.

Vorwurf

Im Namen der 82-jährigen Patientin wandte sich der Sohn mit der Bitte an die Gutachterstelle, die Behandlung seiner Mutter im Akutkrankenhaus überprüfen zu lassen. Er warf in einem an die Gutachterstelle gerichteten Schreiben den behandelnden Ärzten des Akutkrankenhauses vor, trotz einer vorhandenen Sprachstörung die vorliegende linkshemisphärische Hirnblutung zunächst nicht erkannt zu haben. Zumindest hätte seine Mutter stationär überwacht und nicht in die Rehaklinik zurückverlegt werden dürfen. Die

Versäumnisse hätten in letzter Konsequenz dazu geführt, dass seine Mutter ihre Selbstständigkeit verloren habe. Infolge neurologischer Ausfallserscheinungen wie kognitiven Einschränkungen und einer Schwäche des linken Arms sei sie nunmehr pflegebedürftig (Pflegestufe IV).

Externes Gutachten

Voraussetzung dafür, dass die Gutachterstelle sich in diesen Fall einschalten kann ist, dass auch der Antragsgegner und dessen Berufshaftpflichtversicherung eine Mitwirkung der Gutachterstelle an der medizinischen Aufarbeitung für sinnvoll halten. Nachdem dies abgeklärt worden war und die Zustimmung zum Verfahren durch den Antragsgegner und dessen Berufshaftpflichtversicherung vorlagen, beauftragte die Gutachterstelle einen externen Sachverständigen mit der Erstellung eines Gutachtens.

Dieses kam zu der Ansicht, dass aufgrund der Sturzanamnese mit Kopfanprall unter medikamentöser Antikoagulation und aufgrund der Angaben im Einsatzprotokoll des Rettungsdienstes („Schädelhirn-Trauma leicht“) eine CCT bei der Erstvorstellung oder zumindest eine engmaschige neurologische Überwachung notwendig gewesen wären.

Laut Gutachter lag bei der Patientin aufgrund der Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin eine Blutgerinnungsveränderung vor, die dem behandelnden Arzt bei der Erstuntersuchung bekannt gewesen sei. Auch bei Vorliegen eines leichten Schädelhirntraumas sei daher eine umgehende computertomografische Abklärung entsprechend der Leitlinie Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter notwendig gewesen (www.awmf.org/leitlinien/detail/II/008-001.html).

Eine Rückverlegung in die Rehaklinik sei nicht angezeigt gewesen.

Der Gutachter führte weiterhin aus, dass bei der Erstuntersuchung lediglich eine Verletzung der Kopfschwarte als Zeichen eines Schädel-Hirn-Traumas, jedoch nicht die – in der Rehaklinik festgestellte – „verwaschene Sprache“ als Zeichen einer Hirnfunktionsstörung erkannt worden sei. Er bemängelte in diesem Zusammenhang auch, dass im Untersuchungsbefund keine detaillierte neurologische Untersuchung mit Erhebung des GCS dokumentiert worden sei. Stattdessen sei der Befund als „grobneurologisch unauffällig“ vermerkt worden.

Bei unmittelbarer Durchführung einer CCT wäre die Subduralblutung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (das heißt mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 Prozent) erkannt worden. In diesem Fall hätte die neurochirurgische Versorgung ca. drei Stunden früher erfolgen können.

Stellungnahme der Gutachterkommission

Wenn die Gutachterstelle einen medizinischen Sachverhalt bewertet und diese Bewertung in eine gutachterliche Stellungnahme zusammenfasst, erfolgt dies immer durch eine fachübergreifend besetzte Kommission. Sie besteht aus einem Arzt und einem Juristen.

Diese Kommission kam auf Grundlage des externen Gutachtens zu dem Ergebnis, dass ein entschuldigendspflichtiger Behandlungsfehler vorliegt.

Unter Bezugnahme auf das externe Gutachten ging die Kommission davon aus, dass in der vorliegenden Situation die zeitnahe Durchfüh-

rung eines CCT erforderlich gewesen wäre. Wäre sie durchgeführt worden, wäre die Subduralblutung mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 Prozent diagnostiziert worden. Weiter stellte die Kommission fest, dass bei einer solchen Diagnose, nichts weiter zu veranlassen völlig unverständlich und damit als grob fehlerhaft einzustufen gewesen wäre (qualifizierter Befunderhebungsfehler).

Nicht sicher gutachterlich festgestellt werden konnte, ob sich die nach dem Sturzereignis vorliegenden neurologischen Ausfallserscheinungen in der gleichen Form bzw. Schwere gezeigt hätten, wenn die durchgeführte Kraniotomie drei Stunden früher erfolgt wäre. Infolge der Bewertung des medizinischen Vorganges als „qualifizierten Befunderhebungsfehler“, führte diese nicht aufzuklärende Situation dazu, dass die Kommission einen Ursachenzusammenhang zwischen der unterlassenen weiteren Diagnostik und den neurologischen Ausfallserscheinungen annehmen konnte bzw. annehmen musste. Die Unsicherheit, wie der Gesundheitszustand der Patientin bei fachgerechten zeitnahen ärztlichen Handeln ausgesehen hätte, geht bei Vorliegen eines „qualifizierten Befunderhebungsfehlers“ zulasten der Behandlungsseite.

Autoren

Dr. Angela Gindert
Dr. Sabine Grill
Professor Dr. Ekkehard Pratschke
Alban Braun

alle Gutachterstelle für
Arztthaftungsfragen bei der BLÄK



www.Bayerisches-Ärzteblatt.de

Lesen Sie alle Ausgaben des Bayerischen Ärzteblatts bequem online auf ihrem Handy, Tablet oder Laptop.

Das Bayerische Ärzteblatt für unterwegs.