

Der „interessante Fall“ aus der Gutachterstelle

Folge 13: Ärztlicher Kommunikationsmangel als Mitursache eines Behandlungsfehlers (Fortsetzung von Folge 12)

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.

In der Oktober-Ausgabe (Bayerisches Ärzteblatt 10/2021, Seite 458 f.) wurde ein Fall der Gutachterstelle vorgestellt, bei dem die behandelnden Ärzte in der Notaufnahme eines Klinikums ein akutes Subduralhämatom einer 82-jährigen Patientin nicht erkannt hatten. Die zuständige Kommission der Gutachterstelle, besetzt aus einem Arzt und einem Juristen, hatte dies als Behandlungsfehler gewertet. Was die Kommission von den behandelnden Ärzten des Krankenhauses in dieser Situation erwartet und gefordert hatte, war, zeitnah ein CCT zur weiteren Abklärung durchzuführen. Dieses CCT hätte weitere Erkenntnisse gebracht und unter Umständen die 82-jährige Patientin vor Schaden bewahrt. In diesem Beitrag will die Gutachterstelle einen anderen Punkt exemplarisch aufgreifen. In der Notaufnahme des Akutkrankenhauses kamen nicht alle ärztlichen Befunde richtig an, die für die Behandlung von Bedeutung gewesen wären. Die Gutachterstelle ist der Meinung, dass ohne diesen Informationsverlust den behandelnden Ärzten die Situation klarer und damit die Gefahr, die Situation falsch einzuschätzen, deutlich geringer gewesen wäre.

Sturz einer Seniorin in einer Reha-Einrichtung

Während des Aufenthalts in einer Rehaklinik stürzte eine 82-jährige Patientin gegen 23 Uhr. Sie wurde vom Pflegepersonal auf dem Boden



© REDPIXEL – stock.adobe.com

liegend, voll ansprechbar, aufgefunden. Die Patientin gab an, sich auf dem Weg zur Toilette am Fenster abgestützt zu haben. Dabei habe sie das Gleichgewicht verloren und sei auf die linke Körperseite gefallen. Etwas später klagte die Patientin über Unwohlsein. Bei der daraufhin durchgeführten Untersuchung durch die diensthabende Reha-Ärztin wurden ein Hämatom über dem linken Auge, eine verwaschene Sprache und eine eingeschränkte Orientierung als auffallend festgestellt.

Zur weiteren Abklärung wurde die Patientin mittels eines Rettungswagens mit Notarztbegleitung in ein Akutkrankenhaus verlegt. Im Notarztprotokoll wurde dabei als Erstdiagnose eine „Schädelprellung“ angegeben. Zu Anamnese und Befund findet sich die Eintragung „Sturz. Keine äußere Verletzung außer Prellmarke Stirn“. Als Medikation wurde eine vorbestehende Thromboseprophylaxe mit Clexane 40 vermerkt.

Ein ebenfalls vorliegendes Einsatzprotokoll des Rettungsdienstes schilderte hingegen: „Patientin

ist in der Reha-Klinik beim Fensteröffnen gestürzt“ und nannte als Diagnose ein „Schädel-Hirn-Trauma leicht“.

In der Notaufnahme der Akutklinik

In der Notaufnahme des Akutkrankenhauses notierte der behandelnde Arzt gegen 2 Uhr nachts als Anamnese: „Die Patientin sei in Reha vom Bett auf die linke Seite gestürzt. Keine Bewusstlosigkeitsepisode. Antikoagulation mit Clexane 40.“

Demzufolge ging der Arzt bei der Anamneseerhebung von einer nur geringen Fallhöhe aus. Aufgrund der der Gutachterstelle vorliegenden Unterlagen konnte nicht geklärt werden, wie aus einem „Sturz auf dem Weg zur Toilette“ in der Vorstellung des behandelnden Arztes ein „Sturz vom Bett“ wurde. Möglicherweise lag dieser fehlerhaften Annahme eine mündliche, im Sinne „einer stillen Post“ veränderte, Aussage zugrunde. Eventuell kannte der behandelnde Arzt auch nur das Notarztprotokoll und ergänzte den dort

nicht näher beschriebenen „Sturz“ mit eigenen Vorstellungen von dem Unfallgeschehen. Das Einsatzprotokoll des Rettungsdienstes, in dem ein „Sturz auf dem Weg zur Toilette“ vermerkt worden war, kannte dieser Arzt möglicherweise nicht. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit wusste der Arzt in der Notaufnahme auch von den auffälligen, eingangs beschriebenen klinischen Vorbefunden aus der Rehaklinik, wie der verwaschene Sprache und einer eingeschränkten Orientierung, nichts.

Aufgrund eigener Untersuchungen stellte der Arzt eine Hämatomverfärbung frontal links, eine unauffällige Pupillenreaktion und den Befund „grobneurologisch unauffällig“ fest. Übelkeit, Erbrechen und eine retrograde Amnesie wurden ausgeschlossen. Die Erstmanifestation einer Dysarthrie und eine Orientierungsstörung wurden bei der möglicherweise bereits zu diesem Zeitpunkt einsilbigen Patientin nicht festgestellt.

Aufgrund dieser Feststellungen wurde gegen 3.30 Uhr dann die Diagnose Schädelprellung links frontal gestellt. Ohne eine weitere Abklärung mittels CCT wurde die Patientin in die Reha-Klinik rückverlegt.

Als sich die Patientin wieder in der Reha-Klinik befand, fiel den Pflegekräften erneut eine einsilbige, verwaschene Sprache auf. Um 4.15 Uhr wurde nochmals der Rettungsdienst gerufen. Beim Eintreffen der Sanitäter erbrach die Patientin wiederholt. Es kam zu einer Eintrübung und es wurde ein GCS (Glasgow Coma Scale)-Wert von 8 erhoben. In der CCT zeigte sich nun ein ausgedehntes akutes Subduralhämatom mit drohender Hirnstammkompression. Danach wurde die Patientin in eine neurochirurgische Klinik verlegt, wo sie neun Stunden nach dem Sturzereignis operiert wurde.

Die Gutachterstelle hat es behandlungsfehlerhaft angesehen, dass die behandelnden Ärzte sich bei der ersten Einweisung in das Akutkrankenhaus auf die Diagnose „Schädelprellung links frontal“ festgelegt haben ohne weitere Diagnostik in Form eines CCTs durchzuführen. Warum dieser Fehler unterlaufen ist, kann man spekulieren. Es kann an mangelnder Gründlichkeit der Untersuchung, einer schwankenden Symptomausprägung oder an den besonderen Umständen einer Erstuntersuchung bei einer eingeschränkt kommunikationsfähigen Patientin liegen. Nach Einschätzung der Gutachterstelle war jedoch mitursächlich, dass dem Arzt in der Notaufnahme der auffällige neurologische Vorbefund, aus welchen Gründen auch immer, offenbar nicht bekannt war. Zu dem Missverständnis über die Fallhöhe addierte sich daher die Desinformation zur klinischen Akutsymptomatik – mit fatalen Folgen für die Patientin.

Kommunikation und Schnittstellen

Schnittstellen sind immer auch anfällig für Fehler. Hier macht das Gesundheitswesen keine Ausnahme. Dies gilt unter anderem für die Schnittstellen Rehaklinik/Akutkrankenhaus, Notarzt/Akutkrankenhaus als auch für die Schnittstelle bei einer interdisziplinären Behandlung und natürlich auch für die Sektorengrenze ambulante/stationäre Versorgung. In dem vorliegenden Fall gingen Informationen verloren, die, wenn der behandelnde Arzt sie gehabt hätte, diesen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vor einem Behandlungsfehler und die Patientin dieses Gutachterverfahrens möglicherweise vor einem schweren Gesundheitsschaden bewahrt hätte. Damit es nicht zu solchen Informationsdefiziten kommt, ist die gute medizinische Dokumentation von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

Eine schlecht geführte Dokumentation kann auch rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Zu denken ist unter anderem an den in § 630 h III des Bürgerlichen Gesetzbuches normierten Dokumentationsmangel. Ein solcher Dokumentationsmangel führt zunächst „nur“ zu einer Verschlechterung der Beweislage für den Arzt. Es wird vermutet, dass die nicht vermerkten, dokumentationspflichtigen Maßnahmen und Behandlungen usw. nicht durchgeführt wurden. In Ausnahmefällen kann allerdings auch eine pflichtwidrig lückenhafte Dokumentation direkt eine Haftung des Arztes begründen, wenn zum Beispiel die fehlerhaften Angaben in der Weiterbehandlung des Patienten zu vermeidbaren medizinischen Defiziten und dadurch zu einem Gesundheitsschaden des Patienten führen (OLG Naumburg, Urteil vom 24.09.2015 – 1 U 132/14).

Sorgfältige Kommunikation zur Vermeidung von Informationspannen im Notfall

Da Rettungskräfte im Notfall immer auf willkürlich neue, gegebenenfalls unübersichtliche Situationen treffen und regelmäßig mit unbekanntem Kollegen (Sanitätern und Ärzten) zusammenarbeiten müssen, ist die Kommunikation im Rettungswesen weitaus störanfälliger als im Setting einer stationären Behandlung. Rettungsdienst- und Notarztprotokolle werden unter Zeitdruck knapp bis gelegentlich lückenhaft ausgefüllt.

Laut einer Auswertung der in Deutschland über das Critical Incident Reporting System (CIRS) gemeldeten Fälle des Rettungswesens von 2005 bis 2015 (www.cirs-notfallmedizin.de) wurde bei 27,5 Prozent ein Kommunikationsversagen als mitursächlich für Gesundheitsschäden von Patienten angegeben [1].

Bei dem vorgestellten Fall wird deutlich, dass vor der ärztlichen Fehlentscheidung, trotz bekannter Antikoagulation der Patientin, keine CCT-Untersuchung zu veranlassen, die ärztliche Informationsvermittlung nicht ausreichte bzw. ins Stocken geriet. Vermutlich hätte eine Übermittlung der festgestellten Dysarthrie und Orientierungsstörung der Reha-Ärztin an den behandelnden Arzt der Notaufnahme – auch bei einer als gering ein-

geschätzten Sturzhöhe – zur Veranlassung einer sofortigen CCT der Patientin geführt.

Ein Arztbrief von der Reha-Ärztin oder deren persönliche telefonische Übergabe des Befundes an den Nachbehandler hätte die Akutheit der klinischen Konstellation des Falls klarer vermittelt. Auch wenn bei notfallmäßigen Klinikverlegungen kein formaler Entlassbrief mitgegeben werden kann und ein standardisiertes Verlegungsprotokoll nicht üblich ist, hilft ein kurzer Arztbrief – gegebenenfalls stichpunktartig und handschriftlich bei Zeitdruck – um Kommunikationsmängel im Rettungswesen zu überbrücken und Behandlungsfehlern vorzubeugen.

Literatur

[1] Hohenstein et. al.; World J Emerg Med 2016; 7(2): 90-96

Autoren

Dr. Sabine Grill
Professor Dr. Ekkehard Pratschke
Alban Braun

alle Gutachterstelle für
Arzthaftungsfragen bei der BLÄK