

Der „interessante Fall“ aus der Gutachterstelle

Folge 15: Verzögerte Diagnosestellung eines epiduralen Hämatoms nach LWS-Operation in einer orthopädischen Belegabteilung

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.

Die belegärztliche Patientenversorgung im Krankenhaus stellt die Kontinuität zwischen der ambulanten und stationären Patientenversorgung sicher. Ist eine stationäre Behandlung erforderlich, so kann diese durch die Belegärztin oder den Belegarzt geplant und koordiniert werden. Dabei steht dem Belegarzt – als verantwortlichem, behandelndem Arzt – die personelle und technische Infrastruktur eines Krankenhauses für sein ärztliches Handeln zur Verfügung. Ein solches Belegarztsystem schafft allerdings eine „Schnittstellenproblematik“ in der medizinischen Behandlung, die im ungünstigen Fall zu Inflexibilitäten und Verzögerungen der Behandlung führen kann.

Diese Umstände begünstigten im hier vorgestellten „interessanten Fall“ das verhängnisvolle Versäumnis früher die Indikation für einen operativen Eingriff zu stellen, um eine postoperative epidurale Blutung nach einem Spondylodese-Eingriff zu beseitigen.

Medizinischer Sachverhalt

Ein 84-jähriger Patient war seit ca. zehn Jahren wegen lumboschialgiformen Schmerzen mit zunehmender Gehstreckeneinschränkung bei einem niedergelassenen Orthopäden (Antragsgegner dieses interessanten Falls) in Behandlung. Bei multiplen Vorerkrankungen waren unter anderem eine koronare Herzkrankheit mit Prasugreltherapie und ein Prostatakarzinom bekannt. Eine MRT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) zeigte nun eine degenerative Ventrolisthese des Lendenwirbelkörper 3 (LWK) mit höchstgradiger Spinalkanalstenose und sichtbarer Stauchung von Kaudafasern sowie knöcherne Fusionen von LWK 1/LWK 2 und LWK 4/LWK 5 nach vorausgegangenen Fusionsoperationen. Der Orthopäde diagnostizierte eine linksbetonte claudicative



Foto: Yakobchuk Olena – stock.adobe.com

Lumboischialgie. Weiter stellte er nach ausgezeilter konservativer Therapie eine Indikation für einen operativen Eingriff. Die Prasugrelmedikation wurde vor der OP fristgerecht pausiert.

Den Eingriff an der LWS führte der behandelnde Orthopäde als Belegarzt an einem Krankenhaus mit neurochirurgischer Hauptabteilung durch.

Er führte eine dorsale Spondylodese von LWK 2 bis LWK 4 durch. Im Rahmen des Eingriffs erfolgte eine mikrochirurgische Dekompression und die Implantation eines Cages in das Bandscheibenfach LWK3/LWK4 im TLIF-Verfahren (translumbal interbody fusion). Intraoperativ kam es zu einer Läsion der Dura im Bereich des Wurzelabgangs für das vierte Lendenwirbelsäulensegment. Diese wurde vernäht und auf Dichtigkeit geprüft.

Unmittelbar postoperativ stellte der operierende Belegarzt im Aufwachraum eine Bewegungseinschränkung an den Beinen des Patienten fest. Unter anderem waren die Fußhebung und -senkung vermindert. Aufgrund eines Harnstaus und Schwierigkeiten mit der Katheterisierung bei bekanntem Prostatakarzinom musste der Patient jedoch zur Anlage einer suprapubischen Harnableitung erneut narkotisiert und in den urologischen OP verbracht werden. Nach diesem Aufschub mit Verlängerung der Aufwachphase kam es bei dem Patienten zu einer noch ausgeprägteren Lähmung an beiden Beinen. Der

Operateur führte dies zunächst auf die intraoperative Anwendung größerer Mengen eines Lokalanästhetikums zurück.

Im Rahmen der abendlichen Visite stellte der diensthabende Arzt – der Belegarzt war nicht mehr zugegen – eine partielle Besserung fest. Der Patient konnte nun seine Beine wieder von der Unterlage anheben. Allerdings blieb eine weitere klinische Besserung aus. Es stellte sich eine proximale und distale Beinparese ein. Der Belegarzt hierüber telefonisch informiert, veranlasste über den diensthabenden Arzt eine CT-Untersuchung der LWS. Dies geschah unter der Vorgabe, dass eine weitere Abklärung mittels MRT zur Entscheidung über das weitere Vorgehen – erst am nächsten Morgen stattfinden sollte, wenn er wieder zugegen wäre.

Durch die nächtliche CT-Untersuchung konnte eine Implantatfehlage und eine knöcherne Einengung des Spinalkanals ausgeschlossen werden. Es ergab sich jedoch ein Verdacht auf ein intraspinales, lumbosakrales Hämatom. Die diensthabende Radiologin des Krankenhauses hielt im Befundbericht fest, dass „nach Einschätzung des behandelnden Kollegen keine Indikation für eine Notfall-MRT“ vorlag.

Die gegen neun Uhr des Folgetags durchgeführte MRT-Untersuchung bestätigte dann ein postoperatives, epidurales Hämatom und eine

erneute absolute Spinalkanalstenose in Höhe von LWK 3. Dieser Befund veranlasste nun den Belegarzt eine unmittelbare operative Revision zur Entlastung und Stillung der Einblutung durchzuführen. Trotz erfolgreicher Nachoperation blieb bei dem Patienten danach eine wesentliche neurologische Remission aus. Nach Verlegung in ein Querschnittgelähmtenzentrum wurde eine inkomplette, iatrogene Querschnittslähmung L3/L4 mit beidseitigen Kniestrecker-, Fußheber- und Fußsenkerpareesen diagnostiziert.

Vorwurf

Der Patient wandte sich mit seinem Fall an die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen. Er warf seinem Orthopäden, als behandelndem Belegarzt, vor, die postoperative intraspinale Blutung nicht rechtzeitig behandelt zu haben. In seinen Schilderungen gab er an, dass sich die bereits nachmittäglich im Aufwachraum festgestellte Lähmung seiner Beine im Laufe des Tages nicht verändert habe. Eine diagnostische Abklärung sei jedoch erst um Mitternacht erfolgt. Eine daraufhin dringend indizierte Operation sei zu spät erfolgt. Er war der Ansicht, dass das Ausmaß seiner neurologischen Beeinträchtigung deutlich geringer wäre, wenn der Revisionseingriff früher stattgefunden hätte. Aufgrund seiner Querschnittslähmung habe er erst nach einer Reha und langwierigem Training wieder erlernt, unter Zuhilfenahme von Krücken, eine Strecke von 50 Metern zu laufen.

Externes Gutachten

Nach Zustimmung aller Verfahrensbeteiligten beauftragte die Gutachterstelle einen externen Sachverständigen mit der Anfertigung eines Gutachtens.

Im Rahmen der gutachterlichen Überprüfung setzte sich der Gutachter zunächst mit der Frage auseinander, ob ein intraoperativer Behandlungsfehler Ursache für das postoperativ aufgetretene intraspinale Hämatom sein könnte. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass eine Einblutung in den Spinalkanal bei solchen Eingriffen trotz subtiler Blutstillung sich nicht immer verhindern lasse. Mitunter könnten dem Operateur dabei sogar Verletzungen von Venengeflechten im epiduralen Fettgewebe aufgrund eines schwankenden Füllungszustands in der üblichen Bauchlage zunächst verborgen bleiben. Der Gutachter bewertete die intraspinale Blutung daher als verwirklichtes, aufklärungs-pflichtiges OP-Risiko.

Weiter führte der Gutachter aus, dass die postoperative Feststellung des neurologischen Defizits – in ihrem vollen Ausmaß – nicht schuldhaft verzögert

Belegstation, gespaltener Krankenhausvertrag

Wird ein Patient belegärztlich versorgt, liegt aus der Sicht des Juristen ein „gespaltener Krankenhausvertrag“ vor. Es ergibt sich eine geteilte, „gespaltene“ rechtliche Verantwortlichkeit. Für die medizinischen Leistungen die am Ort „Krankenhaus“ erbracht werden, ist teilweise der Belegarzt und teilweise das Krankenhaus rechtlich verantwortlich. Dem Belegkrankenhaus obliegt die pflegerische und medizinische Betreuung außerhalb des ärztlichen Leistungsspektrums des Belegarztes. Der Belegarzt hat die Verantwortung für die in seinem ärztlichen Fachgebiet anfallenden medizinischen Leistungen zu tragen. Dabei haftet er auch für die ihm im Rahmen der Belegarztstätigkeit nachgeordneten Ärzte innerhalb seiner eigenen Gebietsbezeichnung.

In dem hier vorgestellten Fall muss der Belegarzt für das Verhalten des diensthabenden Arztes, der die postoperative Nachsorge übernommen hat, rechtlich einstehen, für einen möglichen, hier nicht diskutierten Fehler des Radiologen aber nicht. Das Krankenhaus hingegen muss für das Verhalten des Radiologen einstehen, nicht aber für das des diensthabenden Arztes.

gewesen sei, da urologische Komplikationen eine erneute Narkose erforderlich gemacht und zu einer verlängerten Aufwachphase geführt haben.

Für die Beurteilung der weiteren diagnostischen Abklärung der neurologischen Komplikation entwirft der Gutachter zwei mögliche Szenarien, die sich anhand der Verfügbarkeit einer Notfall-MRT-Untersuchung in der betreffenden Klinik – außerhalb der Dienstzeit – unterscheiden.

Bei Annahme einer fehlenden MRT-Bereitschaft zur Nachtzeit ist die erfolgte CT-Untersuchung mit anschließendem Abwarten bis zum nächsten Morgen als nachvollziehbar und korrekt zu bewerten. Weder eine nächtliche Revision auf der Basis vager Befunde noch eine Verlegung des frisch operierten Patienten in eine andere Klinik – unter Inkaufnahme von vitalen Risiken – um eine Notfall-MRT durchzuführen, ist indiziert.

Ist eine nächtliche MRT-Untersuchung möglich, ändert sich seine Beurteilung. Unter diesen Voraussetzungen ist die nicht gestellte Indikation für eine Notfall-MRT behandlungsfehlerhaft.

Stellungnahme der Gutachterkommission

Die Kommission der Gutachterstelle, die sich jeweils aus einem Arzt und einem Juristen zusammensetzt, hielt das externe Gutachten für wissenschaftlich überzeugend und plausibel.

Sie stellte fest, dass sich aus dem schriftlichen Befund der diensthabenden Radiologin mit dem einleitenden Satz „nach Einschätzung des behandelnden Kollegen keine Indikation für ein Notfall-MRT“ ergibt, dass grundsätzlich eine MRT-Untersuchung möglich gewesen wäre. Da

die Klinik neben einer orthopädischen Belegabteilung sowohl eine neurochirurgische als auch eine neurologische Hauptabteilung inklusive Stroke Unit und Neuroradiologie vorhält und zudem als überregionales Traumazentrum anerkannt ist, muss eine derartige Untersuchungsmöglichkeit zu Nachtzeiten gewährleistet gewesen sein. Mit der durchgeführten CT-Untersuchung konnte das Vorliegen eines relevanten Hämatoms nicht sicher festgestellt werden. Um dies auszuschließen wäre eine MRT-Untersuchung das diagnostische Mittel der ersten Wahl gewesen.

Hieraus folgt, dass, nachdem eindeutige neurologische Störungen postoperativ festgestellt worden sind, bei gegebener Verfügbarkeit bereits in der Nacht eine MRT-Untersuchung hätte durchgeführt werden müssen. Somit ist die Entscheidung, diese Untersuchung erst am nächsten Morgen durchzuführen, ein Behandlungsfehler im Sinne eines Unterlassens eines wegweisenden diagnostischen Schritts. Dieser hat schließlich zu einer verspäteten endgültigen Ursachenfindung und Behandlung der neurologischen Störungen durch eine Revisions-OP geführt. Hierfür machte die Kommission den Belegarzt verantwortlich.

Autoren

Dr. Sabine Grill
Professor Dr. Rupert Ketterl
Alban Braun

Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen
bei der BLÄK