

Haftpflichtgutachten im Grenzgebiet Neurologie/Neurochirurgie

Hans-Peter Vogel

18. Jahrestagung der DGNB

Nürnberg 6./7. Mai 2016

Einleitung

- Die ärztliche Tätigkeit ist gefahrenträchtig
- Zwischen Arzt und Patient besteht ein Dienstvertrag, kein Werkvertrag, d. h. der Arzt schuldet eine sorgfältige Arbeitsweise, aber keinen Erfolg
- Komplikationen sind nicht zwingend auf Fehler zurückzuführen
- Im Regelfall muss der Patient den Fehler und die Kausalität zum Schaden nachweisen
- Für den Nachweis des Fehlers (d. h. der Unterschreitung des gebotenen medizinischen Standards) muss ein Gutachter der gleichen Fachrichtung und der gleichen Versorgungsebene beauftragt werden.
- Beweiserleichterung nur bei groben Fehlern und machen Fällen eines Befunderhebungsmangels

Befunderhebungsmangel

- Die fehlerhafte Unterlassung einer Untersuchung führt dann zur Beweislastumkehr, wenn deren Durchführung indiziert war und mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges Ergebnis zu erwarten gewesen wäre und die Nichtreaktion darauf völlig unverständlich gewesen wäre. (BGH 2004)
- Haftungsfalle für den Arzt!

Bedrohliche Kopfschmerzen

- Verkennung der SAB als psychogenen Kopfschmerz oder als HWS-bedingt.
- Verkennung einer Dissektion als Migräne oder HWS-Syndrom
- Verspätetes Erkennen chronisch subduraler Hämatome, insbesondere bei alten Menschen, Alkoholikern und Patienten unter Antikoagulation
- Fehlende weiterführende Diagnostik
- Fehlbefundung geringer Blutmengen im CCT

Spinale Tumoren

- Verkennung der Symptomatik in den Beinen als Polyneuropathie
- Anschuldigung einer lumbalen Ursache für Spastik bedingte lumbale Rückenschmerzen
- Fehlende Bildgebung oder falsch indizierte Bildgebung (lumbal statt thorakal und zervikal)

Fall 1

Subduralhämatom

- 4 Monate vor Aufnahme schweres SHT, laut mitgegebenem Entlassungsbericht „ im Verlauf bifrontale Hygrome/chronisch subdurale Hämatome“
- Aufnahme wegen „AZ-Verschlechterung und Stürzen“, im Befund Beinhebeschwäche links, Wortfindungsstörungen, Verlangsamung(bekannt)
- In 3 Tagen wiederholte Stürze, zunehmende Verwirrtheit, dann CCT mit erheblich raumforderndem Subduralhämatom und Mittellinienverlagerung
- Verlegung zur Op. mit gutem Ergebnis
- **Fehler:** Nichtbeachtung der Vorgeschichte, Annahme der Beinschwäche als „alt“, fehlende Wertung der Stürze und der neuropsychologischen Symptome
- **Schaden:** Verlängerung des Leidens um 2 Tage

Fall 2

Subduralhämatom

- Einweisung durch HA wegen Verdacht auf Schlaganfall: seit 2 Tagen Taubheit und Lähmung des linken Beines, Abs. Arrhythmie , orale Antikoagulation
- Internist veranlasst neurologische Konsiliaruntersuchung:
- Neurologische Assistenzärztin: Bei zusätzlichen Rückenschmerzen wird bei erhaltenen Reflexen, gestörtem monopodalen Hüpfen und Nachweis einer Schwäche der Fußhebung ein L5/S1 Syndrom diagnostiziert. Rücksprache mit Oberarzt: keine Indikation für cCCT
- Aufnahme in orthopädischer Abteilung
- 3 Tage später laut Pflegebericht deutlich verlangsamt, braucht Hilfe beim Gehen, ärztliche Dokumentation „AZ-Verschlechterung mit Somnolenz“
- Am nächsten Tag CCT : bilaterales, vorwiegend rechtsseitiges chronisches subdurales Hämatom mit Verlagerung der Mittellinie
- Verlegung in Neurochirurgie: Bei Ankunft komatös, operative Entlastung , als Komplikation der beginnenden Einklemmung Infarkte okzipital, im Thalamus und den Stammganglien, insgesamt schweres bleibendes Defizit

Fall 2

Subduralhämatom

- Nicht nur mehrere Diagnosefehler, sondern auch Befunderhebungsmangel: Die Angaben auf dem Einweisungsschein hätten cCt schon bei Aufnahme zwingend erfordert, erst recht sofort nach der Verschlechterung.
- Beweislastumkehr, da mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiger Befund zu erheben gewesen wäre, auf den nicht zu reagieren unverständlich gewesen wäre.
- Bei rechtzeitiger Diagnose wäre es möglich gewesen, die Komplikationen des Subduralhämatoms (Einklemmung mit der Folge einer schweren bleibenden Behinderung) zu vermeiden.

Fall 3

Subarachnoidalblutung

- Seit längerer Zeit Kopfschmerzen, aber beim Baden in der Ostsee akut heftiger Kopf- und Nackenschmerz
- 1. Notfallbehandlung: neurologisch o.B., kein Meningismus, Diagnose: „Nackemuskelverspannung mit Hyperventilation“, Weiterbehandlung durch Hausarzt empfohlen
- Vorstellung beim Hausarzt am selben Tag; dieser veranlasst unter dem Verdacht einer Hirndurchblutungsstörung (Kopfschmerz, Benommenheit, verwaschene Sprache, fraglich auch „schiefer Mund“) die stationäre Aufnahme
- Wird aus Rettungsstelle eines anderen Krankenhauses (neurologischer Assistenzarzt ohne Rücksprache mit Hintergrund) entlassen bei normalem neurologischen Befund ohne Meningismus. Keine weitere Diagnostik. Diagnose: „Spannungskopfschmerz mit Hyperventilation“
- Am nächsten Tag wieder zum HA, der am selben Tag CCT mit normalem Befund veranlasst und für den Fall der Verschlechterung erneute Vorstellung im Krankenhaus empfiehlt.
- 2 Tage später erneut heftigster Kopfschmerz, epileptischer Anfall, jetzt CCT mit massiver SAB
- Komplikationsreiche Op. mit apallischem Syndrom

Fall 3

Subarachnoidalblutung

- **Befunderhebungsmangel:** spätestens bei 1. Vorstellung im Krankenhaus wäre CCT indiziert und bei negativem Befund auch LP.
- Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest im Liquor Blutnachweis, auf den nicht zu reagieren unverständlich wäre
Beweislastumkehr
- **Schaden:** Schwerstes neurologisches Defizit mit Pflegebedürftigkeit bis zum Lebensende

Fall 4

Subarachnoidalblutung bei vorbehandeltem Angiom

- Vorbehandeltes Angiom (teilembolisiert plus Radiotherapie), symptomatische Epilepsie, ambulante nervenärztliche Behandlung
- Akut auf Toilette zusammen gesackt mit Kopfschmerzen. Kein Trauma. NB Bronchitis
- Vorstellung im Krankenhaus über Rettungsdienst: Z. n. Präsynkope, da an diesem Tag noch nicht ausreichend getrunken. Entlassung nach 1000 mg Novalgin in 500 ml Sterofundin
- 3 Tage später Aufsuchen des Nervenarztes: Druckschmerz HWS C5/C6, als dringend wird ein CT der HWS veranlasst
- Am nächsten Tag erneuter Kollaps mit erneuter Vorstellung im Krankenhaus: Obwohl in der Anamnese vermerkt ist, dass kein Sturz vorlag, wird die Diagnose „HWS-Syndrom nach Sturz“ gestellt.
- Bei fehlender Besserung stellt sich Pat. nun in der nahe gelegenen Universitätsklinik vor. cCT: SAB, Angiom plus Verdacht auf 2 Aneurysmata. (Bestätigung durch konventionelle Angiographie)

Fall4

Subarachnoidalblutung bei vorbehandeltem Angiom

- Nach weiteren Tagen zunächst Op. der zwei Aneurysmata, eine Woche später Op. des Angioms
- **Beurteilung:** Anamnese-Erhebung wiederholt fehlerhaft, zumindest bei 2. Vorstellung im Krankenhaus wäre cCT indiziert gewesen, ebenso wie bei Vorstellung beim Nervenarzt, der die Anamnese gut kannte.
- **Kein Schaden**, da die Neurochirurgen in Anbetracht der komplizierten Situation nicht notfallmäßig, sondern verzögert in 2 Sitzungen operiert haben. Schlechteres Op.-Ergebnis durch verzögerte Op. ließ sich nicht beweisen.