

Diagnostik des Herzinfarktes – Anregungen zur Schadenprophylaxe

Trotz vorhandener Standards und einer einschlägigen Literatur über Diagnose- und Befunderhebungsfehler verzeichnen Haftpflichtversicherer weiter eine hohe Zahl von Schadenfällen durch nicht diagnostizierte Herzinfarkte.

von Patrick Weidinger

Verkannte Herzinfarkte sind im Haftpflichtgeschäft der Deutschen Ärzteversicherung seit Jahren in Häufigkeit und Schadenhöhe¹ auffällig. Als Haftpflichtversicherer erfasst die Deutsche Ärzteversicherung auch Fälle, die außerhalb von Gutachter- und Schlichtungsstellen und ohne Gerichtsverfahren geprüft und reguliert werden. Einen drastischen Rückgang einschlägiger Schadenfälle konnte sie bisher trotz verschiedener sehr sinnvoller Interventionen² nicht verzeichnen.

Da es keine unzuverlässigen Ärztinnen und Ärzte sind, denen ein Fehlverhalten plötzlich zum Verhängnis wird, muss neben dem Hinweis auf die einzuhaltenden Standards³ ein weiterer Schwerpunkt der Schadenvermeidung die Sensibilisierung für Risikopotenziale sein⁴. Hier können die Feststellungen der medizinischen Sachverständigen zu Diagnose⁵- und Befunderhebungsfehlern⁶ in immer wiederkehrenden Sachverhalten helfen:

- *Es ist unentschuldig, auf Brennen im Epigastrium, Herzstolpern, Parästhesien im linken Arm und einer verdächtigen instabilen Angina-Pectoris-Symptomatik mit pathologischen EKG den Patienten nicht sofort stationär einzuweisen, sondern eine Röntgenuntersuchung der Lunge mit anschließender Wiedervorstellung zu veranlassen.*
- *Es kann nicht nachvollzogen werden, wie man bei einem 16-jährigen Patienten mit Tachyarrhythmie und steigender ventrikulärer Irritabilität eine klinische Klärung der Verdachtsdiagnose „Rezidiv einer Myokarditis“ unterlassen kann.*
- *Massive thorakale Beschwerden ohne weitere Diagnostik auf ein bekanntes Wirbelsäulenleiden zurückzuführen ist nicht lege artis.*
- *Dass die kritischen Laborergebnisse versehentlich abgelegt wurden und nicht zur*

Kenntnis des Arztes gelangten, ist angesichts des schon vorliegenden auffälligen EKG dramatisch. Völlig unverständlich ist, dass ärztlicherseits nicht nach dem Verbleib geforscht und der Patient nicht informiert wurde.

- *Die Diagnose im Wochenend-Bereitschaftsdienst „HWS-Syndrom nach Gartenarbeit“ war ohne weitere Untersuchung unangemessen falsch.*
- *Auch wenn der Patient am Neujahrs Morgen alkoholisiert in der Notaufnahme erschien, hätten seine Beschwerden „Enge in der Brust und Atemnot“ nicht ohne Abschluss von Erkrankungen auf den Alkoholkonsum zurückgeführt werden dürfen.*
- *Der Notarzt hätte sich nicht darauf beschränken dürfen, Diazepam zu verordnen und bei Fortdauer der Beschwerden einen Arztbesuch am nächsten Tag (Montag) anzuraten.*
- *Dass der Patient eine Krankenhauseinweisung trotz nachdrücklichster Aufforderung abgelehnt hat, lässt sich aus den Krankenunterlagen nicht belegen. Es gibt keinen entsprechenden Eintrag und schon gar keine entsprechende Unterschrift des Patienten. Von daher muss davon ausgegangen werden, dass ein solcher Hinweis nicht stattfand.*
- *Die Dokumentation lässt nicht erkennen, welche Differenzialdiagnostik im Rahmen der Notfallbehandlung erfolgte und dass ein Herzinfarkt ausgeschlossen wurde.*

Im Sinne einer Schadenprophylaxe lassen sich hieraus folgende Leitsätze ableiten:

1. *Bei unklaren thorakalen Beschwerden sind immer akut lebensbedrohliche Erkrankungen auszuschließen.*
2. *Dies gilt nicht nur bei plötzlich auftretenden Schmerzen im Bereich des Oberbauches/Brustkorbes mit Ausstrahlung zum Beispiel in einen Oberarm, Schweißausbruch und klammer Haut.*
3. *Dies gilt auch bei unspezifischen Symptomen wie Rückenbeschwerden, für die keine gesicherte Ursache feststeht.*
4. *Klärungsbedarf besteht, wenn trotz vermeintlich valider anderweitiger Krank-*

heitsursache die Beschwerden fortbestehen oder sich verstärken.

5. *Kommt für das Beschwerdebild eine Herzkrankung in Betracht, sind entsprechende diagnostische Maßnahmen in die Wege zu leiten (wie EKG, Bestimmung herzspezifischer Enzyme).*
6. *Bei Hausbesuchen sollten nicht vorschnell Erklärungen wie „Gartenarbeit“ oder „schweres Heben“ als Symptomursache und zum Ausschluss eines Herzinfarktes akzeptiert werden. Gerade bei Hausbesuchen ist eine akribische Dokumentation von Untersuchung, Befund und Veranlassung notwendig.*
7. *Bei stationärer Behandlung müssen standardgerechte Therapie und Überwachung sichergestellt sein. Hierzu gehört die unmittelbare Weitergabe einer Zustandsverschlechterung zum Beispiel an den Oberarzt.*
8. *Der Patient ist über Untersuchungsergebnisse und notwendige Schritte zu informieren und bei Bedarf an wichtige Termine per Brief und/oder Telefonat zu erinnern. Dies sollte im Nachhinein durch die Dokumentation eindeutig beweisbar sein.*
9. *Diagnosen erfordern nicht nur Fachkompetenz, sondern auch Achtsamkeit. Nur dann ist ein Augenblicksversagen zu vermeiden.*

RA Patrick Weidinger ist bei der Deutschen Ärzteversicherung als Abteilungsleiter für das Thema Arzthaftung zuständig und regelmäßig Referent bei Fortbildungsveranstaltungen des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein, IQN.

Fußnoten:

- 1 Hierzu Hellberg/Lonsing, Dramatische Teuerung von Personenschäden im Heilwesen, VW 06/2010.
- 2 Vgl. z. B. Levartz, Differenzialdiagnose des unklaren Brustschmerzes, Rheinisches Ärzteblatt, 11/2009, 21 f.
- 3 Siehe zum Beispiel Arntz u.a., Leitlinien zur Diagnostik und Therapie des akuten Herzinfarktes in der Prähospitalphase in Notfall + Rettungsmedizin oder http://www.copyworxx.de/agbrn/grafik/pdf/leitlinie_herzinfarkt.pdf.
- 4 Ausführliche Fallbeschreibungen siehe in „Gutachtliche Entscheidungen – Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“ (4. Auflage 2011), Seite 24 und 74.
- 5 OLG Celle, VersR 93, 483: Fehler, wenn eine „eher seltene Differenzialdiagnose“ (hier: dissezierendes Aortenaneurysma) nicht in die Überlegungen einbezogen wurde.
- 6 BGH, VersR 2008, 221: Unterlassen der Ausschlussdiagnostik.