

Diagnostische Versäumnisse bei einem Myokardinfarkt

Folge 7 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission
für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

von **Herbert Weltrich und Herwarth Lent***

Thorakale Schmerzen sind – für sich genommen – zunächst wenig aussagekräftige Beschwerden. Da jedoch dabei unverzüglich akut lebensbedrohliche Erkrankungen ausgeschlossen werden müssen ist es Aufgabe einer genauen Anamneseerhebung mit anschließender klinischer Untersuchung, das betroffene Organ näher einzugrenzen.

Sollte das Beschwerdebild auf eine Erkrankung des Herzens hindeuten, sind vorrangige weiterführende diagnostische Maßnahmen: die sofortige, im Zweifelsfall auch wiederholte Ableitung eines Elektrokardiogramms (EKG), von dem zuerst infarkttypische Veränderungen zu erwarten sind, sowie die Bestimmung sogenannter herzspezifischer Enzyme. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen entscheiden dann über die weitere Diagnostik und Therapie.

Bei der Beurteilung des nachfolgend geschilderten Sachverhalts hat die Gutachterkommission schwerwiegende diagnostische Versäumnisse feststellen müssen.

Der Sachverhalt

Aus den Krankenunterlagen des beschuldigten Allgemeinmediziners und der nachbehandelnden Kliniken ergab sich Folgendes:

Die 38-jährige Patientin suchte am Morgen des 8. Juli (Montag) den beschuldigten Arzt auf und

klagte über Schmerzen im oberen Bauchraum mit gürtelförmiger Ausstrahlung, die seit dem Abend des 5. Juli (Freitag) bestünden. Bei der Untersuchung stellte der Arzt einen Blutdruck von 160/110 mm-Hg, eine tachykarde Herzaktion – ohne Angabe der Frequenz – und einen Druckschmerz im Epigastrium fest. Unter dem Eindruck der bestehenden Adipositas (78 kg bei einer Größe von 168 cm), des anamnestisch eruierten Konsums von täglich 20 Zigaretten und der angeführten starken beruflichen Inanspruchnahme äußerte der Arzt den Verdacht auf eine Gastritis bzw. ein Ulcus und funktionelle Herzbeschwerden.

Am 10. Juli (Mittwoch) stellte er gastrokopisch ein kleines präpylorisches Ulcus ventriculi fest. Bei einem Belastungselektrokardiogramm (mit 50 Watt) am 12. Juli (Freitag) seien – wie der Arzt angibt – Hinweise auf eine koronare Minderdurchblutung und/oder einen akuten Herzinfarkt nicht erkennbar gewesen. Das EKG konnte von der Gutachterkommission nicht beurteilt werden, da es angeblich an das weiterbehandelnde Krankenhaus abgegeben worden ist. Dort konnte es nicht ermittelt werden.

Unter dem Verdacht auf ein Brustwirbelsäulensyndrom und der Annahme funktioneller Herzbeschwerden hielt der Arzt eine weiterführende kardiologische Diagnostik nicht für erforderlich. Der Pati-

entin wurde eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 17. Juli bescheinigt.

Am 16. Juli stellte sich die Patientin erneut vor. In der Karteikarte ist vermerkt: „Bei längerer Belastung oder tiefem Atmen Druck in der Brust. Besprechung: Wirbelsäulensyndrom/Angina pectoris. Medikation: Gastronerton“ Lösung 50,0, 3 x 20 Tropfen. Facharzt Orthopädie.“

Die orthopädische Konsiliaruntersuchung ergab ein sogenanntes oberes Brustwirbelsäulensyndrom und den Verdacht auf einen beginnenden Bandscheibenschaden im Bereich der Halswirbelsäule C5/C6 bei Streckfehlhaltung.

Über den nächsten Arztbesuch am 22. Juli wurde vermerkt: „Seit gestern Erbrechen, Hitzewallungen, Dauerschmerzen im Epigastrium. Kein Auslöser bekannt. Keine Tage.“ Befund: „Druckschmerz Epigastrium und parasternal.“ Diagnose: „Funktionelle Abdominalbeschwerden.“ Therapie: 1 Buscopan® und 1 MCP (Mitoclopramid) i. v..

Die Patientin suchte wegen ihrer Beschwerden bereits am nächsten Tag, dem 23.07., den Arzt erneut auf. In der Karteikarte heißt es: „Schmerzen retrosternal, Erbrechen, Husten, Ranitic hilft nicht (?).“ Als Befund ist eingetragen: „Cor: Puls 72/min, rhythmisch, Blutdruck 120/80, Lunge frei, Druckschmerzen im Epigastrium.“ Therapie: „Talcid® Suspension, Beutel Nr. 20 N1, Antra® 20 Kapseln magensaft-

* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein; Dr. med. Herwarth Lent war von 1975 bis 1999 Mitglied der Gutachterkommission für das Gebiet Innere Medizin, seit 1983 war er Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied.

resistent Nr. 15 N1, 1 Buscopan® und 1 MCP i. v.“

Über die erneute Vorstellung am 24. Juli ist dokumentiert: „1 Buscopan® und 1 MCP i. v.“. Laboruntersuchungen vom 24. Juli ergaben unter anderem eine erhöhte BSG (46/90 mm n. W.), eine Leukozytose von 19,5 nL und eine erhöhte SGOT von 70 µ U. Die Kreatinphosphorinkinase wurde nicht bestimmt.

Bei der nächsten Untersuchung am 25. Juli bestand ein „Druckschmerz paravertebral und links unter dem Rippenbogen.“ Diagnose: „Verdacht auf Leberschaden, Differenzialdiagnose Hepatitis.“ Unter Fortführung der analgetischen Therapie veranlasste der Arzt eine Röntgenuntersuchung des Thorax, die am 26. Juli links basale pneumonische Infiltrate erkennen ließ. Dieser Befund war Anlass, die Patientin unter der Diagnose „Pneumonie links“ in eine Medizinische Klinik einzuweisen. Dort wurde noch am selben Tag unter der Diagnose eines einige Tage alten ausgedehnten transmuralen Vorderwandinfarktes sofort eine intensivmedizinische Behandlung eingeleitet.

Eine Kontroll-Echokardiographie am 31. Juli zeigte unverändert eine hochgradige Einschränkung der linksventrikulären Funktion und mutmaßlich eine kleine Dehizens im Bereich der basisnahen Abschnitte des Ventrikelseptums mit ausgeprägter Turbulenz im rechten Ventrikel. Daraufhin wurde die Patientin am 1. August in eine kardiologische Fachklinik verlegt.

Dort wurde zwar kein Ventrikelseptumdefekt festgestellt, wohl aber die hochgradige Kontraktionsstörung des linken Ventrikels bestätigt. Eine Herzkatheteruntersuchung am 9. August zeigte einen proximalen RIVA-Verschluss sowie eine gedeckte Perforation eines großen Aneurysmas des linken Ventrikels. Die Patientin wurde zur Bypassoperation am 10. August in eine Herzchirurgische Klinik verlegt. An diesem Tage verschlechterte sich der Zustand akut; die Patientin wurde reanimations- und intubations-

Ergänzend zum Thema: Herzinfarkt

Plötzlich auftretende Schmerzen im Bereich des Brustkorbs oder des Oberbauchs mit Ausstrahlung nach einer bzw. beiden Seiten, zumal in Verbindung mit einem Schweißausbruch oder einer klammen Haut, müssen bei Ärzten jeglicher Fachrichtung – vor allem im Notdienst und auch bei ansonsten unauffälligem körperlichen Untersuchungsbefund – differenzialdiagnostisch den Verdacht auf einen akuten Herzinfarkt lenken. Der Patient ist unter derartigen Umständen so früh und so rasch wie möglich mit dem Notarztwagen in eine Innere Klinik zu transportieren. Diese hat der Arzt zudem sofort fernmündlich zu unterrichten, um eine kontinuierliche Überwachung an einem EKG-Monitor sicherzustellen und dadurch die nach einem akuten Herzinfarkt drohenden Komplikationen von Herzrhythmusstörungen und einer Schocksymptomatik mit oft letalem Ausgang unverzüglich erfassen und ggf. behandeln zu können.

Ziel der Behandlung eines akuten Herzinfarktes ist heute die Revaskularisation stenotischer oder verschlossener Koronargefäße, entweder mittels einer systemischen Fibrinolyse bzw. einer sofortigen PTCA (perkutane transluminale Dilatation befallener Koronargefäße mittels eines Katheterballons) oder operativer Maßnahmen im Frühstadium. Versuche einer ambulanten Therapie eines akuten Herzinfarktes sind regelmäßig nicht mehr zu verantworten.

Unter den bis Ende 1999 von der Gutachterkommission festgestellten 4747 vorwerfbareren Behandlungsfehlern wurden 339 (7,14 Prozent) fachübergreifende Diagnosefehler festgestellt. Darunter waren 24 Verfahren, in denen ein akuter Herzinfarkt verkannt worden war. Betroffen waren 9 Allgemeinärzte, 13 Internisten und 2 Chirurgen.

pflichtig. Nach Installation einer arteriellen Ballonpumpe begann sofort die notfallmäßige umfangreiche operative Behandlung, die auch zunächst zu einem ausreichend guten Kreislauf führte.

Während der anschließenden intensivmedizinischen Behandlung konnten die eintretenden Blutgerinnungsstörungen trotz Substitution jedoch kaum beeinflusst werden. Die Patientin verstarb am Abend des 11. August an einem irreversiblen Herz-Kreislaufversagen. Eine Obduktion wurde auf Wunsch der Angehörigen nicht durchgeführt.

Gutachtliche Beurteilung

Dieser Sachverhalt wurde hinsichtlich der gegen den Allgemeinmediziner erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe von der Gutachterkommission in Verbindung mit dem Gutachten eines kardiologischen Fachsachverständigen wie folgt beurteilt:

Die Untersuchungen am 8. Juli und 10. Juli waren nicht ausreichend. Aufgrund der von der Patientin geäußerten Schmerzen und des vom Arzt selbst geäußerten Verdachts auf funktionelle Herzbeschwerden bestand bereits zu diesem Zeitpunkt Anlass zu einer EKG-Untersuchung. Allerdings dürfte es nach dem späteren Beschwerdeverlauf und der Diagnose in der

Medizinischen Klinik vom 26. Juli wahrscheinlich sein, dass der Infarkt etwa am 21. Juli eingetreten war und daher zum Zeitpunkt der ersten Untersuchungen noch keine Anzeichen dafür feststellbar waren.

Zudem erschienen dem Arzt die Beschwerden der Patientin durch den gastrokopischen Nachweis eines Ulcus ventriculi und degenerativer Wirbelsäulenveränderung zumindest subjektiv erklärt. Zu dieser Bewertung wird der von ihm als nicht pathologisch beurteilte EKG-Befund vom 12. Juli beigetragen haben. Die Gutachterkommission war nicht in der Lage, diesen – nicht auffindbaren – Befund nachzuprüfen, so dass insoweit eine unter Umständen fehlerhafte Beurteilung nicht festgestellt werden kann. Bei der geringen ergometrischen Belastung mit 50 Watt war jedenfalls eine koronare Herzkrankheit nicht auszuschließen.

Mangelhaft war allerdings die Behandlung ab 16. Juli. An diesem Tage klagte die Patientin über fortwauernde Beschwerden in der Brust „bei längerer Belastung oder tiefem Atmen“ im Sinne einer perikardialen Reaktion. Wegen der für diesen Zeitpunkt beschränkten Aussagekraft des Belastungselektrokardiogramms vom 12. Juli und im Hinblick darauf, dass der Arzt selbst eine Angina pectoris in seine differenzialdiagnostischen Überlegun-

Zur Reihe

„Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

An die Gutachterkommission ist wiederholt die Anregung herangetragen worden, ihre gutachtlichen Beurteilungen zu veröffentlichen. Der Göttinger Arztrechtler Prof. Dr. H.-L. Schreiber beispielsweise hat die Auffassung vertreten, die Ergebnisse der Kommissionsverfahren sollten in regelmäßigen Berichten publiziert und damit für die praktische ärztliche Tätigkeit sowie die Entwicklung von Leitlinien nutzbar gemacht werden (siehe auch Rheinisches Ärzteblatt Februar 2000, Seite 22).

Eine solche Veröffentlichung kann allerdings nicht durch einfachen (anonymisierten) Abdruck der jeweiligen Entscheidung geschehen. Ihre fallbezogene Fassung und die oft umfangreichen gutachtlichen Anlagen bedürfen der Konzentration auf die wesentlichen Einzelheiten des Sachverhalts und den maßgeblichen Kern der Beurteilung.

Diese Arbeit leisten nunmehr langjährige Kommissionsmitglieder, die regelmäßig im Rheinischen Ärzteblatt zu bestimmten Themen aktuelle gutachtliche Entscheidungen in knapper Zusammenfassung und mit etwaigen statistischen Anmerkungen veröffentlichen. **GAK**

gen einbezogen hat, war an diesem Tage ein Kontroll-EKG, kombiniert mit einer Untersuchung der sogenannten herzspezifischen Enzyme, zwingend erforderlich. Die Unterlassung dieser Maßnahmen stellt nach Auffassung der Gutachterkommission einen vorwerfbaren Behandlungsfehler dar.

Schwerwiegende Versäumnisse

Als schwerwiegend fehlerhaft beurteilte die Kommission die Versäumnisse des Arztes ab 22. Juli. An diesem Tage klagte die Patientin über thorakale Dauerschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Oberarm, Oberbauchschmerzen und zusätzlich über Erbrechen seit dem 21. Juli. Diese Symptome – geradezu klassisch und typisch für einen akuten Herzinfarkt – boten unmittelbaren Anlass zu einer zielgerichteten Diagnostik, insbesondere zu einer EKG-Untersuchung mit Bestimmung der sogenannten herzspezifischen Enzyme.

Dies am 22.07. unterlassen zu haben, war nach Auffassung der Gutachterkommission ein nicht verständlicher und nicht mehr verantwortbarer Verstoß gegen elementare medizinische Regeln. Solche Versäumnisse durften dem behandelnden Arzt schlechterdings nicht unterlaufen. Damit war der Behandlungsfehler als „grob“ im Sinne der Rechtsprechung zur Haftpflicht des Arztes zu qualifizieren. Eine solche Bewertung hat beweisrechtliche Folgen für den Arzt.

Umkehr der Beweislast

Im vorliegenden Fall konnte die Gutachterkommission nicht die sichere Feststellung treffen, dass eine sachgerechte Diagnostik ab 16. Juli bzw. 22. Juli und damit eine stationäre Behandlung ab diesem Zeitpunkt angesichts der Größe und Lokalisation des Herzinfarktes den tödlichen Krankheitsverlauf verhindert hätte. Die Chancen für eine Abwendung dieses Verlaufs und für eine erfolgreiche therapeutische Beeinflussung des Krankheitsgeschehens wären jedoch bei einer

frühzeitigeren Krankenhauseinweisung wesentlich besser gewesen.

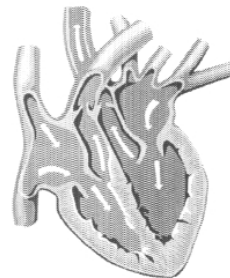
Im günstigen Fall hätte bei rechtzeitiger Beseitigung des Durchblutungshindernisses im verschlossenen Bereich der linken Herzkranzarterie eine Wiederherstellung der Herzmuskeldurchblutung bewirkt werden können. Zumindest die Größe des Infarktes hätte wesentlich verkleinert, im optimalen Fall der Eintritt des Infarktes möglicherweise vermieden werden können. Ein derart günstiges Behandlungsergebnis kann aber im vorliegenden Fall nicht sicher angenommen werden.

Beweisrechtlich kann die Feststellung eines groben Behandlungsfehlers für die Frage, ob er den eingetretenen Schaden verursacht hat, zur Umkehrung der Beweislast führen. Das bedeutet, dass in einem solchen Fall nicht der Patient die Kausalität nachzuweisen hat. Vielmehr ist es dann Sache des betroffenen Arztes, den Nachweis zu führen, dass der Gesundheitsschaden – hier sogar der Tod – nicht eine Folge seiner Versäumnisse ist, was bei dem gegebenen Sachverhalt wohl nicht gelingen würde.

**Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Ärztekammer Nordrhein Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

Die nächste Fortbildungsveranstaltung
in Zusammenarbeit mit der
Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler
bei der Ärztekammer Nordrhein und der Nordrheinischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung

zum Thema



Kardiologie I

„Aktuelle Diagnostik und Therapie des Myokardinfarktes“
findet statt am 27.06.2001, 16.00 Uhr, Nordrheinische Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Am Bonnhof 6,
40474 Düsseldorf, großer Vortragssaal.