

ten, nicht mehr erschwinglich waren, oder weil das lokale Spital aus dem gleichen Grund die Geburtsabteilung schloss. Das Resultat ist, dass in vielen Gemeinden in Utah die nächste Geburtsabteilung mehr als 200 Kilometer entfernt liegt.

Schwangere müssen vor der Geburt in die Nähe eines Spitals ziehen oder, wenn die Wehen beginnen, per Auto losrasen. Solange das Kind unterwegs auf die Welt kommt, wird dann niemand verklagt, auch wenn es schief geht. Wenn aber die blockierte Geburt im Spital endet, wird der Dienstarzt verklagt, da er ja sicher etwas falsch gemacht haben muss.

Aber auch in der Stadt wird es langsam schwierig, einen Termin bei einem Gynäkologen zu erhalten. Die Praxen der Gynäkologinnen sind praktisch alle für neue Patientinnen geschlossen. Viele Frauen finden keine oder nur späte pränatale Versorgung, sogar wenn sie eine private Versicherung haben; viele Praxen nehmen keine Medicaid-Patientinnen mehr an. Die Frühgeburtenrate und andere Indikatoren fehlender medizinischer Versorgung steigen.

#### Warnung für Deutschland

Die Hebammen, die in den USA etwa 7,5 Prozent der Geburten leiten, verloren letztes Jahr die von ihrem nationalen Berufsverband offerierte Haftpflichtversicherung. Vielen gelang es nicht, eine neue Versicherung zu finden, und sie mussten ihre Praxen schließen.

Dafür haben wir jetzt in Utah eine Gesetzesvorlage, die Laienhebammen erlauben würde, Hausgeburten zu leiten, Labor- und Ultraschalluntersuchungen zu verordnen und zu interpretieren und parenterale Medikamente zu verabreichen. Das Ganze würde auch einen Paragraphen beinhalten, der erklärt, dass diese Laienhebammen nicht Medizin praktizierten und daher von der Haftpflicht dispensiert seien.

Die Krise der Geburtshilfe in den USA ist beängstigend und sollte für Deutschland und andere Länder eine Warnung sein.

## Blutgerinnungsstörung – Faktor IX-Mangel

*Nachtrag zur Veröffentlichung im Rheinischen Ärzteblatt März 2004, Seite 20, Folge 24 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“*

**von Herbert Weltrich und Wilfried Fitting\***

In der oben genannten Ausgabe des *Rheinischen Ärzteblatts* war eine gutachtliche Beurteilung veröffentlicht worden, in der als entscheidender Behandlungsfehler einer Medizinischen Klinik vorgeworfen wurde, die Bestimmung des Faktors IX bei einem Risikopatienten unterlassen zu haben. Dessen Faktor IX-Synthesestörung war in derselben Klinik knapp zwei Jahre zuvor festgestellt und mehrfach aktenkundig gemacht worden. Es wurde beanstandet, dass invasive Maßnahmen vorgenommen worden waren, die bei Beachtung der Gerinnungsstörung unterblieben wären. An den entstandenen Blutungen ist der Patient verstorben.

Die beschuldigten Ärzte hatten gegen den einen Behandlungsfehler feststellenden Kommissionsbescheid aus dem Jahre 2002 keine nach dem Statut zulässigen Einwendungen mit dem Antrag auf Entscheidung der Gesamtkommission erhoben, so dass der Bescheid bestandskräftig wurde.

Nach der Veröffentlichung im *Rheinischen Ärzteblatt* wurde die Kommission durch zwei Fachinstitute darauf hingewiesen, dass die im Bescheid angeführte Begründung für die zum Tode führende Blutungskomplikation nicht zutreffend sein könne, weil die den Faktor IX-Mangel auslösende Marcumar-Einnahme schon fast zwei Jahre zurückgelegen habe.

Obwohl der Kommissionsbescheid seit langem rechtliche Bestandskraft erlangt hatte, veranlasste die Gutachterkommission eine gutachtliche Stellungnahme durch den Direktor des Universitätsinstituts für Hämostaseologie und Transfusionsmedizin in Düsseldorf (Prof. Dr. R. E. Scharf). Über das Ergebnis dieser Prüfung und die ergänzende Bewertung durch das in dieser Sache federführende ärztliche Mitglied der Gutachterkommission soll im Nachtrag zur Veröffentlichung im Märzheft 2004 berichtet werden.

#### Zum Sachverhalt

Hier wird wegen aller Einzelheiten auf die frühere Veröffentlichung im *Rheinischen Ärzteblatt* Bezug genommen (*auch online verfügbar im Internet unter [www.aekno.de/archiv/2004/03/020.pdf](http://www.aekno.de/archiv/2004/03/020.pdf)*). Die für die ergänzende Prüfung maßgebenden wesentlichen Vorgänge werden wie folgt zusammengefasst:

Nach Implantation einer mechanischen Herzklappenprothese und der erforderlichen Antikoagulation traten diffuse Gewebseinblutungen und ein Hämoglobinabfall auf 6,0 g/dl auf. Das Medikament Marcumar wurde abgesetzt. Die von der behandelnden Medizinischen Klinik veranlassten Untersuchungen ergaben als abschließendes Ergebnis, dass eine sehr seltene, durch

\* 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. Professor Dr. med. Wilfried Fitting war von 1987 bis 1996 Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission.

Marcumar induzierte erbbedingte Gerinnungsstörung bei Faktor IX-Mutation vorlag. Anstelle der implantierten Herzklappe wurde eine Bioklappe eingesetzt, die nicht die Gabe von Marcumar erfordert.

Knapp zwei Jahre später wurde der 66-jährige Patient wegen unklarer Anämie und Niereninsuffizienz erneut in die Medizinische Klinik eingewiesen. Sonographisch und im CT wurden ein kleiner Stein in der Gallenblase und kleinfleckige Leberveränderungen wahrgenommen. Eine am 24. Juli sonographisch gesteuerte Leberpunktion ergab keine wesentlichen Befunde. Bei diesem Vorgang konnte erst durch die dritte Punktion ein Leberzylinder gewonnen werden. Dabei verspürte der Patient – wie ärztlich dokumentiert – „einen starken Schmerz und wurde kaltschweißig“. Er erhielt nach dem Eingriff mehrere Bluttransfusionen. Ohne klare diagnostische Einordnung wurde der weitgehend beschwerdefreie Patient am 28. Juli entlassen.

### Weitere stationäre Behandlung

Bereits zwei Tage später, am 30. Juli, wurde der Patient wegen kolikartiger Bauchschmerzen wieder in der Klinik aufgenommen. Sonographisch wurde bei unverändert verdichtetem Reflexmuster der Leber ein echoreiches Konglomerat in der Gallenblase gefunden; es ergab sich der Verdacht auf eine sekundäre Einblutung. Am 31. Juli wurde eine ERCP vorgenommen, bei der man einen kirschkerngroßen Stein im Hauptgallengang vermutete. In der Gallenblase war der zwei Wochen zuvor im CT wahrgenommene Gallenblasenstein nicht mehr vorhanden. Man nahm eine Steinwanderung in den Hauptgallengang an. Es wurde eine „relativ großzügige“ endoskopische Papillotomie zwecks Entfernung des Steins vorgenommen, der aber nicht gefunden wurde.

Zwei Tage danach (3. August) traten erneut kolikartige Oberbauchschmerzen und Erbrechen

auf. Blutige Stühle wurden abgesetzt. Der Hämoglobinwert sank auf 6,7 g/dl. Bei einer daraufhin vorgenommenen Ösophago-Gastro-Duodenoskopie wurde keine Blutungsquelle gefunden. Die weiter unterhalb gelegene Papillenregion wurde nicht untersucht. Die am nächsten Tag (4. August) durchgeführte Coloskopie stellte älteres Blut im Darm ohne erkennbare Blutungsquelle fest.

Zwei Tage später (6. August) entleerte der Patient fortlaufend frisches Blut aus dem Darm. Nunmehr wurden durch eine erneute Ösophago-Gastro-Duodenoskopie ein großes Blutkoagel in der Papillenregion und eine anhaltende frische Blutung aus der Papillotomiewunde festgestellt, die auch durch Adrenalininjektion nicht gestillt werden konnte. Der Patient wurde sofort in den Operationssaal der Chirurgischen Klinik des Hauses verbracht, wo es noch vor einem Eingriff zu einem Herz-Kreislauf-Stillstand kam. Durch entsprechende Maßnahmen konnte die Kreislaufsituation stabilisiert werden. Wegen der vital bedrohlichen Blutung wurden sofort anschließend eine Laparotomie und eine Cholecystektomie mit Choledochusrevision und Anlage eines T-Drains vorgenommen. Danach traten Zeichen eines hypoxischen Hirnschadens auf. Der Patient blieb tief komatös und verstarb an den nicht mehr abwendbaren Folgen der massiven Blutung am 23. August.

### Gutachtliche Bewertung

Auf der Grundlage des Prüfungsergebnisses im ergänzenden Gutachten von Prof. Dr. Scharf hat sich das in dieser Sache federführende ärztliche Mitglied der Gutachterkommission erneut mit der Sache befasst. Es hält die in dem Kommissionsbescheid aus dem Jahre 2002 vertretene Auffassung nach wie vor für richtig, dass die ärztliche Behandlung während des ersten stationären Aufenthalts in der beschuldigten Klinik sorgfältig, zielgerichtet und effektiv war.

Dies gilt aber nicht für das zwei Jahre spätere ärztliche Vorgehen in dieser Klinik.

Allerdings trifft die frühere Feststellung im Bescheid von 2002 nicht zu, dass der entscheidende vorwerfbare Behandlungsfehler in der Unterlassung der Bestimmung des Faktors IX liege und die zum Tode führenden Blutungen maßgeblich auf einem Faktor IX-Mangel beruhten. Wie im Gutachten von Prof. Dr. Scharf überzeugend dargelegt ist, hatte der Patient zu diesem Zeitpunkt keinen solchen Mangel. Die bei dem Patienten festgestellte genetische Variante des Faktor IX-Moleküls ist gerade dadurch gekennzeichnet, dass keine relevante Herabsetzung der Faktorenaktivität besteht, solange nicht eine Behandlung mit Vitamin K-Antagonisten erfolgt. Erst bei gleichzeitiger Gabe zum Beispiel von Marcumar wirkt sich die Variante aus, da dann die Faktor IX-Aktivität ungewöhnlich stark abfällt mit der Folge erheblicher Blutungsgefährdung. Diese besondere Eigenschaft der genetischen Variante ist in dem Bescheid der Gutachterkommission nicht beachtet worden. Die letztmalige Marcumar-Einnahme lag nämlich zwei Jahre zurück. Die aktuelle Blutungssymptomatik kann daher nicht durch einen Faktor IX-Mangel begründet werden. Auch die einschlägigen Laborwerte lagen im Normbereich und schließen nach Auffassung von Prof. Dr. Scharf einen Faktor IX-Mangel aus. Diese Bewertung stimmt mit dem Inhalt der nach der Veröffentlichung bei der Gutachterkommission eingegangenen Zuschriften der oben genannten Institute überein. Es bleibt jedoch die Frage nach den Ursachen der Blutung.

### Ursachen der Blutung

Dieser Frage ist auch Prof. Dr. Scharf nachgegangen, insbesondere der Frage, ob ein Hämostasedefekt vorgelegen hat. Er hat in den Krankenblattaufzeichnungen keine klinischen Hinweise und sonstigen

Anhaltspunkte ermitteln können, die die Annahme einer thrombozytären oder plasmatischen Störung hätte rechtfertigen können.

Zu erörtern ist deshalb nach Auffassung von Prof. Dr. Scharf die kritische Frage nach der Indikation und technischen Durchführung der letztlich die Blutung auslösenden invasiven Eingriffe. Der federführende Fachmediziner der Kommission ist hier zu einem differenzierten Ergebnis seiner Nachprüfung gekommen:

Die Indikation zu der am 24. Juli durchgeführten Leberpunktion beruhte auf vorhergehenden Untersuchungen, bei denen kleinfleckige Leberveränderungen wahrgenommen wurden und damit den Verdacht auf diffuse Lebermetastasierungen ergeben hatten. Die zur Klärung der Diagnose vorgenommene Punktion wird deshalb als gerechtfertigt gewertet. Bei der Durchführung wurde zwar der Dickdarm verletzt. Solche Verletzungen sind jedoch trotz sorgfältiger technischer Vornahme nicht immer vermeidbar. Schon im Bescheid aus dem Jahr 2002 ist insoweit kein Behandlungsfehler festgestellt worden.

Anders dürfte die Indikation zu der am 31. Juli erfolgten ERCP und Papillotomie zu beurteilen sein. Die vorhergehende sonographische Untersuchung, bei der der Leberbefund unverändert war und das Konglomerat in der Gallenblase zu einem Einblutungsverdacht führte, gab keinen Anlass für einen so risikoreichen Eingriff und erst recht nicht für eine „relativ großzügige“ Papillotomie. Die Verneinung der Indikation begründet die Feststellung, dass diese Maßnahme nicht gerechtfertigt war, was die Blutungskomplikation auslöste.

Die weitere Frage, ob Blutungsquelle, Ausmaß der Blutung in den Darm und die daraus folgende vitale Gefährdung des Patienten hätten zeitgerechter erkannt werden können, wird nach der Einschätzung von Prof. Scharf bejaht. Spätestens am 3. August boten die klinischen Feststellungen (Oberbauchkoliken, Er-

brechen, blutige Stühle, Hämoglobinwert bei 6,7 g/dl) Anlass, intensiv nach der Blutungsquelle zu fahnden. Dass dabei die in erster Linie in Betracht kommende Papillenregion nicht untersucht wurde, ist unverständlich. Die erst am 6. August in die Wege geleiteten operativen Maßnahmen hätten daher wesentlich früher veranlasst werden können. Darin dürfte ein schwerwiegender Behandlungsfehler liegen.

## Zusammenfassung

Der Bescheid aus dem Jahre 2002 ist in einem wesentlichen Punkt unzutreffend. Eine durch Marcumar induzierte Gerinnungsstörung durch Faktor IX-Mangel lag nicht vor. Da bereits seit zwei Jahren kein Marcumar mehr gegeben wurde, war der Vorwurf, die Untersuchung des Faktors IX unterlassen

zu haben, nicht begründet. Nicht zutreffend war deshalb auch, die Blutungskomplikation im Wesentlichen auf einen Faktor IX-Mangel zurückzuführen.

Der einen (schwerwiegenden) Behandlungsfehler feststellende Bescheid war gleichwohl im Ergebnis begründet, weil schon die Indikation zu dem eine Blutung auslösenden invasiven Eingriff durch die ERCP und Papillotomie zu verneinen war und die Blutungsquelle nicht rechtzeitig erkannt wurde.

## Anmerkung

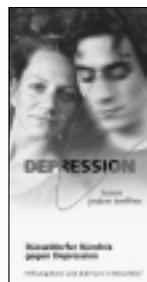
Im Anschluss an den Kommissionsbescheid ist die Streitsache durch einen von beiden Seiten als akzeptabel empfundenen Vergleich erledigt worden. Somit ist der in einem entscheidenden Punkt zwar fehlerhaft begründete, im Ergebnis aber zutreffende Bescheid jedenfalls seiner Aufgabe, eine außergerichtliche Einigung zu erreichen, gerecht geworden.

## Das Düsseldorfer Bündnis gegen Depression

ist eine Gemeinschaftskampagne von zurzeit 18 Institutionen und Organisationen in Düsseldorf.

Unter der Schirmherrschaft des Düsseldorfer Oberbürgermeisters Joachim Erwin tritt das Bündnis gegen Depression mit dem Ziel an, die Öffentlichkeit über das Krankheitsbild aufzuklären und die Versorgung und Betreuung depressiver Menschen zu verbessern.

Das Düsseldorfer Bündnis arbeitet auf der Grundlage des nationalen Bündnisses gegen Depression und in Kooperation mit dem Kompetenznetz Depression, Suizidalität.



### Faltblatt gibt erste Hilfe

Auf zwölf Seiten informiert der Flyer über Symptome der Krankheit und moderne Behandlungsmethoden. Der kurze Fragebogen „Nur ‚schlecht drauf‘? – oder steckt eine Depression dahinter“ bietet die Möglichkeit zum Selbstcheck und kann Hinweise darauf geben, ob eventuell eine depressive Störung vorliegt. Daneben bietet der Flyer zahlreiche Düsseldorfer Anlaufadressen der ambulanten, stationären und sozialpsychiatrischen Versorgung.

Flyer sowie Plakate können zur Auslage in Klinik und Praxis kostenlos über die folgende Kontaktadresse bestellt werden.

Unter [www.depression-duesseldorf.de](http://www.depression-duesseldorf.de) können weitere Materialien des Bündnisses heruntergeladen und bestellt werden.

### Kontaktadresse:

Ärzttekammer Nordrhein, c/o Düsseldorfer Bündnis gegen Depression, Stabsstelle Kommunikation, Abteilung Gesundheitsberatung, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf, Telefon 0211/4302-1378, Telefax 0211/4320-1244.

### Dem Düsseldorfer Bündnis gegen Depression gehören bisher an:

Ärzttekammer Nordrhein, Kreisstelle Düsseldorf der Ärztekammer Nordrhein, Kreisstelle Düsseldorf der Apothekerkammer Nordrhein, Caritasverband Düsseldorf, DgPA-Düsseldorfer Gemeinschaft der ambulanten Pflegeverbände, Evangelische Kirche Düsseldorf, Förderkreis Kipkel e.V., Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern, Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein, Johanniter Tagesklinik, Düsseldorf, Kreisstelle Düsseldorf der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Katholische Kirche Düsseldorf/Katholische Klinikseelsorge, Kaiserswerther Diakonie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie „Florence-Nightingale-Krankenhaus“, Düsseldorf, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität, Rheinische Landeskliniken Düsseldorf, Krankenhaus Elbroich, Düsseldorf, Landeshauptstadt Düsseldorf – Sozialamt – Geschäftsstelle der Pflegekonferenz, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität, Rheinische Landeskliniken Düsseldorf, St. Martinus-Krankenhaus Düsseldorf, Geriatrie