

Arbeitsteilung entbindet nicht von Verantwortung

Horizontale Arbeitsteilung unter Ärzten kann nicht mit horizontaler Verantwortungsteilung gleichgesetzt werden. Jeder zusätzlich in eine Behandlung einbezogene Kollege trägt und behält in vollem Umfang die Verantwortung für alle seine Handlungen und Unterlassungen.

von **Dietrich Schöllner und Lothar Jaeger**

Ärztliche Behandlung erfordert nicht selten die Hilfe anderer Kollegen aus demselben oder einem anderen Fachgebiet (horizontale Arbeitsteilung). Horizontale Arbeitsteilung ist nicht mit horizontaler Verantwortungsteilung zu verwechseln. Jeder in das Behandlungsteam einbezogene Arzt trägt und behält in vollem Umfang die Verantwortung für seine Handlungen und Unterlassungen. Bei Überweisungen müssen die selbst und die von anderen erhobenen Befunde und Verdachtsäußerungen weitergegeben werden. Die Nichtweitergabe eines Verdachtes an mitbehandelnde Kollegen kann deletäre Folgen haben, wie das folgende Beispiel deutlich macht.

Der Sachverhalt

Nach etwa sieben Wochen konservativer Behandlung durch den Orthopäden zu 1) stellte sich die 63 Jahre alte Patientin am 23. April bei dem Orthopäden zu 2) vor und klagte über Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule. Der Orthopäde erhob folgenden Untersuchungsbefund: Halswirbelsäule: Kinn-Jugulum-Abstand 2 cm, Reklination 20 cm, Seitneigung 5 – 0 – 25°, Rotation 60 – 0 – 80°, keine motorisch-sensiblen Störungen. Keine Kraftdifferenzen, Reflexe seitengleich. Kein Schwindel auslösbar.

Auf Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule in 2 Ebenen diagnostizierte er eine Osteochondrose C 2/3 bis C 4/5. Er stellte folgende Diagnosen: Cervicobrachialgie bei Osteochondrose C 5/C 6, C 2/C 3 und beg. C 4/C 5. Therapeutisch führte er eine analgetisch-antiphlogistische Behandlung mit Quaddeln (Xyloneural) und Diclo i. m.

durch und gab der Patientin in der Zeit vom 23. April bis zum 1. August 60 Diclofenac- und 51 Dexametason-Injektionen.

Parallel zu der Behandlung durch den Orthopäden wurde die Patientin von einem Weiterbildungsassistenten einer Allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxis mitbetreut. Wie aus dessen sorgfältiger Dokumentation hervorgeht, erstreckte sich seine Behandlung im Wesentlichen auf die Schmerzbekämpfung unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen, die von bestimmten NSAR zu befürchten waren.

Thorakales Engegefühl

Da der mitbetreuende Arzt die seit sechs Wochen erfolgenden täglichen Infiltrationen mit Xyloneural und Injektionen von Diclofenac und Dexamethason 4 mg wegen der zu fürchtenden Nebenwirkungen für gefährlich hielt, wollte er mit dem Orthopäden zu 2) Rücksprache nehmen, der jedoch wegen Krankheit nicht zu sprechen war.

Am 2. August stellte sich die Patientin notfallmäßig in der allgemeinärztlichen Praxis vor. Sie schilderte ein thorakales Engegefühl und wies auf Unterschenkelödeme hin, die sich seit einer Woche gebildet hätten. Die Patientin war deutlich dyspnoeisch. Herz und Lungen waren unauffällig, es bestand aber ein hoher Blutdruck von 170/85 mm/Hg. Der Arzt wies die Patientin mit Verdacht auf Myokardinfarkt notfallmäßig per RTW und Notarzt in das Klinikum ein.

Am 16. August lag der Kurzbericht des Klinikums vor: Zustand nach frischer tiefer Venenthrombose des linken Unterschenkels. Orientierende Tumorsuche (CT Thorax, Sono Abdomen, ÖGD, gynäkologische Untersuchung, Tumormarker). Alle Befunde waren unauffällig. Eine Lungenembolie konnte ausgeschlossen werden. Ein Ulcus ventriculi (Forest III) war ohne Blutung.

Am 17. August war die Patientin wieder bei dem mitbetreuenden Kollegen in der Praxis für Allgemeinmedizin. Der stellte neu ein ataktisches Gangbild mit Koordinationsstörungen der Arme sowie zunehmende schmerzlose Parästhesien beider Hände fest. Der Finger-Nase-Versuch war beiderseits

pathologisch. Bei einer telefonischen Rücksprache mit dem Orthopäden zu 2) wurde bekannt, dass in dem CT-Befund eines Radiologen vom 25. Juni bereits dokumentiert worden war: „Eine Spondylodiscitis C 2/C 3 kann nicht sicher ausgeschlossen werden. Weitere Diagnostik ist nicht erfolgt.“

Der Allgemeinarzt veranlasste sofort die Aufnahme in die Neurologische Klinik, die am 20. August 2004 erfolgte. Dort verschlechterte sich der Zustand zwei Tage später dramatisch. Es wurde eine Tetraparese festgestellt mit Ateminsuffizienz. Als Ursache wurde ein entzündlicher Prozess der Halswirbelsäule wohl von der Spondylodiscitis HWK 2/3 ausgehend festgestellt mit eitrigem epiduralem Infiltrat.

Notfallmäßig wurde deshalb der dritte Halswirbelkörper reseziert mit Cage-Ersatz und ventraler Plattenosteosynthese von C 2 bis C 4 bei Spondylodiscitis C 2 bis 3 mit cervicalem Querschnittssyndrom ab C 2 und neurogener Blasen- und Mastdarmentleerungsstörung. Weitere Diagnosen waren eine ascendierende cranio-cervicale Sepsis mit Hirnstammeteiligung und respiratorischer Insuffizienz, ein Pneumothorax rechts, eine Atelektase und ein Pleuraerguss links, eine Pneumonie, ein Harnwegsinfekt, eine Sinusitis maxillaris, eine Candidose der Haut (Mundhöhle, Rectum/Anus, Vulva/Vagina), eine periphere arterielle Verschlusskrankheit, ein Zustand nach aortobifemoralem Bypass, ein Zustand nach Thrombose des linken Unterschenkels (August 2004), ein Zustand nach Hüft-Totalendoprothese rechts, ein Zustand nach ACVB, ein Zustand nach Forrest III-Ulcus ventriculi-Blutung und eine alimentäre Kachexie.

Durch den entlastenden Eingriff an der Halswirbelsäule wurde die Atmung wieder suffizient und die Tetraparese war leicht rückläufig. Deshalb konnte die Patientin zur Früh-Rehabilitation am 27. August in eine Querschnitts-Abteilung verlegt werden. Dort ließ die Kooperation der erschöpften Patientin bei sich immer mehr verschlechterndem Allgemeinzustand nach.

Am 24. November wies sie eine linksseitige mimische Gesichtssymptomatik auf, die den Verdacht auf Apoplexie rechts ergab. Ein Schädel-CT mit neurologischer

Konsiliaruntersuchung ergab den Verdacht auf ein Mittelhirnsyndrom. In den Folgetagen war die Patientin nicht mehr erweckbar und reagierte nicht auf endobronchiales Absaugen und Schmerzreize. Ende November war nur noch eine *vita minima* erhalten. Mit den Angehörigen wurde besprochen, dass Reanimationsmaßnahmen nicht durchgeführt werden sollten. Die Patientin blieb tief komatös, bis sie am 23. Dezember verstarb.

Gutachtliche Beurteilung

Anfangs wurde die Patientin von dem Orthopäden zu 1) behandelt wegen Cervicobrachialgie. Seine Behandlungsmaßnahmen beschränkten sich auf chirotherapeutische Behandlung, die richtig indiziert war und sachgerecht durchgeführt wurde. Ein ärztlicher Behandlungsfehler ist dem Orthopäden zu 1) nicht vorzuwerfen.

Die weitere Behandlung erfolgte durch den Orthopäden zu 2). Auch er behandelte die Patientin wegen Cervicobrachialgie mit schmerzstillenden und entzündungshemmenden Medikamenten. Eine Lähmungssymptomatik trat während dieser Zeit nicht auf. Bei vorübergehender Kraftlosigkeit in den Händen veranlasste er eine neurologische Untersuchung, durch die jedoch eine cervicale Symptomatik ausgeschlossen werden konnte.

Die Behandlungsmaßnahmen dieses Orthopäden entsprachen nicht dem orthopädischen Standard und waren deshalb zu beanstanden. Es war höchstgefährlich, eine mehr als dreimonatige Dauerbehandlung mit fast täglichen Injektionen von Diclofenac 75 mg und Dexamethason durchzuführen. Der mitbehandelnde Arzt versuchte, ihn zu warnen, konnte ihn aber telefonisch nicht erreichen. Der Arzt warnte auch die Patientin selbst mehrmals vor dieser Therapie. Durch die Diclofenac-Injektionen hat sich das behandlungstypische Risiko eines NSAR-induzierten *Ulcus ventriculi* verwirklicht, festgestellt von den Internisten. Durch die nicht indizierte Dexamethason-Behandlung zur Schmerzbekämpfung ist möglicherweise die immunologische Infektabwehr beeinträchtigt und die Ausbreitung des von der Spondylodiscitis C 2/3 ausgehenden Infekts verschleiert worden.

Weiterhin war diesem Arzt vorzuwerfen, dass er auf den radiologischen Befundbericht vom 26. Mai mit der Verdachtsdiagnose einer Spondylodiscitis C 2/3 nicht adäquat reagiert hat. Es genügte

nicht, eine fachneurologische Untersuchung zu veranlassen, vielmehr wären weitere diagnostische Maßnahmen wie z.B. Kernspintomographie erforderlich gewesen. Die Unterlassung dieser Maßnahmen war als Befunderhebungsfehler zu werten. Ein solcher Fehler ist – anders als ein Diagnoseirrtum – als ärztlicher Behandlungsfehler anzusehen mit der Folge, dass das Unterlassen weiterer diagnostischer Maßnahmen dem Arzt als ärztlicher Behandlungsfehler vorzuwerfen war.

Somit war die Behandlung durch den Orthopäden zu 2) als fehlerhaft zu bewerten, denn Dexamethason-Behandlung zur Schmerzbekämpfung war nicht indiziert und der Befunderhebungsfehler hätte ihm ebenfalls nicht unterlaufen dürfen. Jedenfalls in der Summe waren diese Fehler als schwerwiegende Behandlungsfehler zu bewerten.

Lange Zeit wurde die Patientin von dem Weiterbildungs-Assistenten der Allgemeinärztlichen Gemeinschaftspraxis betreut und behandelt. Aufmerksam achtete dieser Arzt auf jede Symptomänderung und reagierte darauf mit sachgerechter Therapie bzw. Anordnung fachärztlicher Zusatzuntersuchungen und schließlich der Einweisung ins Krankenhaus zur Weiterbehandlung. Hervorzuheben sind die Bemühungen dieses Arztes, den Orthopäden zu 2) vor der Fortsetzung der fehlerhaften Schmerzbehandlung mit zahlreichen Dexamethason-Injektionen und der Dauerbehandlung mit zahlreichen Injektionen von Diclofenac (75 mg) zu warnen. Ein ärztlicher Behandlungsfehler war den Ärzten der Allgemeinärztlichen Gemeinschaftspraxis nicht vorzuwerfen.

Weiterer Verlauf

In der Medizinischen Klinik wurde die Patientin in der ersten Augusthälfte behandelt zur Abklärung eines Verdachtes auf Herzinfarkt und tiefe Beinvenenthrombose. Ein Herzinfarkt konnte ausgeschlossen werden, eine tiefe Beinvenenthrombose wurde bestätigt. Weiterhin wurden festgestellt ein *Ulcus ventriculi* (florides Stadium, Forest II) ohne Blutungsstigmata. Hp-Test negativ, generalisierte Arteriosklerose mit Zustand nach aorto-bifemoralem Bypass bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit. Chronische obstruktive Lungenerkrankung. Da eine neurologische Ausfallssymptomatik während der stationären Behandlung nicht auftrat, beschränkten sich die Ärzte

auf eine orientierende neurologische Untersuchung.

Die Gesamtsymptomatik mit rezidivierenden Beschwerden im Halswirbelsäulenbereich und entsprechender Ausstrahlung wurde entsprechend analgetisch behandelt.

Von dem radiologisch geäußerten Verdacht auf Spondylodiscitis an der Halswirbelsäule konnten diese Ärzte nichts wissen, weil er erst am Tage nach der Entlassung aus ihrer Klinik bekannt wurde. Ebenso wenig ist ihnen ein Behandlungsfehler anzulasten, weil zeitnah zu der stationären Behandlung eine Verschlimmerung mit Querschnittssymptomatik eintrat. Die Gangataxie und weitere neurologische Symptome traten nicht während der Behandlung in der Klinik auf.

Diese kurz nach der Entlassung aus der Medizinischen Abteilung I plötzlich auftretende Querschnittssymptomatik wurde in der Neurochirurgie einschlägig operativ behandelt mit operativer Entlastung eines epiduralen Infiltrates in dem Segment C 2/3, in dem früher schon eine auf Spondylodiscitis verdächtige Veränderung festgestellt, der Verdacht aber nicht bestätigt worden war. Bei der von den Neurochirurgen durchgeführten Entlastungsoperation mit Resektion des Wirbelkörpers C 3 und Cage-Implantation und vorderer Plattenspondylodese konnten der Abszess an der Halswirbelsäule ausgeräumt und die Eiterung zum Stehen gebracht werden. Auch gingen die Symptome der Querschnittslähmung etwas zurück und die Ateminsuffizienz ließ nach, jedoch nie so vollständig, dass der Zustand der Patientin nachhaltig gebessert werden konnte. Sie blieb trotz sachgerechter Behandlung multimorbide.

Trotz der nachfolgend in der Querschnittsabteilung durchgeführten sachgerechten Behandlung, die durchgehend dokumentiert ist und mit der die Ärzte auf jede sich anbahnende Veränderung adäquat reagiert haben, gelang es wegen der einsetzenden Multimorbidität nicht, die Gesundheitsstörungen so weit zu beherrschen, dass das Ableben der Patientin hätte verhindert werden können. Ein ärztlicher Behandlungsfehler war den Ärzten dieser Abteilung nicht vorzuwerfen.

Professor Dr. med. Dietrich Schöllner ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht a. D.
Lothar Jaeger ist Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler.