

Nicht diagnostiziertes Aorten-Aneurysma

Stellt sich ein Patient mit retrosternalem Vernichtungsschmerz mit akut deutlichem Schwitzen, Blässe, Unruhesein und Einschränkung der Atmung, wanderndem Schmerzgeschehen, weiter bestehenden Symptomen des kompensierten Schocks und deutlicher Einschränkung der Inspiration vor, muss unbedingt ein Aneurysma dissecans als Grund in Erwägung gezogen werden.

von Jürgen Reidemeister und
Lothar Jaeger

Nachfolgend zeichnen wir den Krankheitsverlauf eines 47-jährigen Patienten mit Arteriosklerose und Osteoporose bei Zustand nach einem Bagatellunfall nach: Der Patient wurde wegen eines plötzlich auftretenden thorakalen Vernichtungsschmerzes poliklinisch – einschließlich Sonographie des Abdomens und transabdominell des Herzens – differenzialdiagnostisch auf Herzinfarkt, Lungenembolie und Pneumothorax untersucht und nachts wegen bekannter Rückenschmerzen im Lumbalbereich unter der Diagnose „Intercostal neuralgie“ in die Orthopädische Klinik verlegt. Dort starb er nach weiterer fachspezifischer Diagnostik und Therapie 24 Stunden später im akuten Herz-Kreislaufversagen.

Sachverhalt

Zur Allgemeinanamnese gab der Patient bei der Notfallaufnahme seit einem Jahr bestehende Rückenschmerzen im Lumbalbereich an, mit Ausstrahlung in das linke Bein bis in das obere Drittel des Oberschenkels, die nach Behandlung mit Diclofenac nun nicht mehr vorhanden seien.

Einen Tag zuvor sei er auf das Gesäß gefallen. In der darauf folgenden Nacht sei er durch stechende retrosternale Schmerzen mit starkem Schwitzen aufgewacht. Die Schmerzen seien dann als Zahn- und Kopfschmerzen aufgetreten, zwischen die Schulterblätter gezogen und mit deutlicher Einschränkung der Atembewegung (Verhinderung der Inspirationstiefe) einhergegangen. Ein Liegen auf dem Bauch sei später sehr unangenehm gewesen. Bei der Vorstellung

in der Notfallaufnahme bestanden nur noch retrosternale Schmerzen.

Bei der klinischen Untersuchung fanden sich eine Adipositas per magna (Größe 176 cm, Gewicht 110 kg, BMI 36), ein reduzierter Allgemeinzustand mit Blässe und Unwohlsein, ein Druckschmerz sternal und über der mittleren Brustwirbelsäule. Das Liegen auf dem Bauch wurde als „unangenehm“ angegeben. Abdomen weich, Druckschmerz über dem linken Oberbauch mit auszulösendem Brechreiz, Peristaltik regelrecht, Wirbelsäule lotgerecht, keine Hämatomzeichnung. Obere Extremitäten: freier Bewegungsumfang ohne pathologischen Befund. Untere Extremitäten: keine Sensibilitätsstörungen, keine Hyp- oder Parästhesien, keine ausstrahlenden Schmerzen, kein motorisches Defizit. Freier Bewegungsumfang in Hüfte und Kniegelenken.

Neurologischer Status unauffällig. Keine Sensibilitätsstörungen. Seitengleicher Reflexstatus, keine Kraftminderung. Blutdruck bei der Aufnahme, das heißt im kompensierten Schockzustand, 100/80 mmHg. Im Elektrokardiogramm eine Stunde später keine Zeichen einer hohen Schulter, geringe T-Negativierung in aVR, sonst unauffällig.

Die Laborwerte eineinhalb Stunden nach Aufnahme des Patienten: Hb 15,4 g/dl, Hämatokrit 46 Prozent, Thrombozyten 250.000 μ l, Leukozyten 11,5/nl, sonst unauffällig. Troponin-Bestimmung unauffällig. Schriftliche Anforderung eines internistischen Konsils mit der Fragestellung: „Erbitten Ihre Mitbeurteilung, Abdomen-Sonographie angemeldet, Diagnostik? Therapie?“

Die Röntgenuntersuchung der BWS und der LWS ergab keinen Hinweis auf eine knöcherne Läsion oder eine Gefügestörung, die ap-Aufnahme des Thorax ergab ein unauffällig abgebildetes Herz, entfaltete Lungen. Die Blutgasanalysen lagen bei fast 100 Prozent, damit Ausschluss einer Lungenembolie. In der Sonographie keine freie Flüssigkeit im Abdomen, kein Perikarderguss, kein Hinweis auf Bauchaortenaneurysma, Pankreaslipomatose, Verdacht auf Fettleber.

Unter der Verdachtsdiagnose „Intercostal neuralgie“ wurde der Patient trotz kompensierten Schockzustands und Atemeinschränkung der Orthopädischen Klinik zu-

geordnet und zwei Stunden nach Aufnahme auf eine Station der Fachabteilung verlegt.

Im Aufnahmebefund wurden nochmals starke Schmerzen retrosternal dokumentiert, ausstrahlend in den Rücken und in den Brustkorb links. Der Patient war blass und schwitzte. Es wurde Vollkost bestellt und eine Dauer-Schmerztherapie mit Infusionen von Tramal und Novalgin durchgeführt.

Bei der oberärztlichen Untersuchung am Nachmittag wurden ein reduzierter Allgemeinzustand mit Blässe und Unwohlsein sowie ein Druckschmerz sternal und im Bereich der Brustwirbelsäule dokumentiert. Das Liegen auf dem Bauch wurde als unangenehm bezeichnet. Es bestand ein Druckschmerz im Bereich des linken Oberbauches mit auszulösendem Brechreiz. Die Peristaltik war regelrecht. Bei unauffälligem radiologischem Befund wurde eine Mobilisation der BWS durchgeführt mit Lösung von Blockierungen gelöst werden. Es wurden krankengymnastische Übungen und Fango-Packungen durchgeführt.

Nach der Verlaufskurve brach der Patient am frühen Morgen des folgenden Tages um 2.10 Uhr auf der Toilette zusammen. Die Nachtschwester konstatierte keinen Blutdruck und keinen Puls. Sie informierte das Reanimations-Team, das bei dem bewusstlosen Patienten weite, lichtstarre Pupillen vorfand. Im EKG fand sich eine ST-Streckenhebung. Die sofort einsetzende Reanimation war ohne jeden Erfolg. Nach Einstellung der Reanimationsmaßnahmen wurde gegen 3.50 Uhr die Kriminalpolizei informiert.

Am Vormittag fand ein Gespräch zwischen dem Chefarzt, dem Oberarzt und der Familie statt. Bei der dabei von der Familie gewünschten Obduktion wurde als Sektionsergebnis der Nachweis eines dissezierenden Brustaortenaneurysmas mit Einriss des inneren Blattes der Brustaoorta im aufsteigenden Anteil circa zwei Zentimeter oberhalb des Schließungsrandes der Aortenklappe und einem schräg gestellten, etwa 3,2 cm langen Einriss konstatiert (Aneurysma dissecans, Typ Stanford A). Die resultierende Wühlblutung hatte zu einer Herzbeutelamponade mit circa 450 ml altem Blut geführt. Die Wühlblutung setzte sich über den Aortenbogen sowie im Bereich

beider Halsschlagadern, im absteigenden Anteil der Brust- und Bauch- und der Beckenschlagadern bis in die rechte Oberschenkelarterie fort, ohne Nachweis eines weiteren Einrisses des inneren Gefäßblattes. Deutliche Herzmuskelmassenzunahme. Herzgewicht 665 g. Allgemein zartes Schlagader- und Herzkranzschlagadersystem. Vergrößerte, mäßige Fettleber.

Beurteilung

Die Akut-Symptomatik bei dem 47-jährigen Patienten mit Adipositas per magna war absolut typisch für das später nachgewiesene Aneurysma dissecans Typ Stanford A: Zunächst retrosternaler Vernichtungsschmerz mit akut deutlichem Schwitzen, Blässe, Unruhe und Einschränkung der Atmung. Typisch war auch der wandernde Schmerz, der von retrosternal in den Kopf und in die Zähne ausstrahlte und weiter in die Schulterblätter, in den linken Thorax und in den Bauch wanderte, bei weiter bestehenden Symptomen des kompensierten Schocks und deutlicher Einschränkung der Inspiration.

Bei der Notfallaufnahme wurden zwar drei Differenzialdiagnosen des thorakalen Vernichtungsschmerzes abgeklärt, nämlich ein Herzinfarkt durch EKG und Troponin-Bestimmung, eine Lungenembolie durch Gasanalysen und ein Pneumothorax durch Röntgenuntersuchung des Thorax und Gasanalyse, die sich aus der Beschwerdesymptomatik ergebenden eindeutigen Hinweise auf ein Aneurysma dissecans wurden aber verkannt. Die Sonographie des Abdomens ergab noch keine Veränderung der Bauch- und trans-diaphragmal noch keinen Perikarderguss. Es war als fehlerhaft zu beanstanden, dass eine zielgerichtete internistische-kardiologische Diagnostik zum Nachweis oder Ausschluss eines Aneurysma dissecans unterblieb. Bei Wahrung des Facharztstandards kann nach typischer Akut-Symptomatik die Diagnostik per Echokardiographie auf dem Operationstisch und die direkt anschließende Therapie mit arterieller Kanülierung für den Anschluss der Herz-Lungenmaschine über die A. subclavia rechts und der Aorta ascendens-Ersatz durch Gefäßprothese erfolgen. Dieses Procedere geht nach der Literatur mit einer Letalität von 8 bis 15 Prozent einher.

Die rechtliche Einordnung dieser Beurteilung ist nicht einfach: Zunächst wurde ein Diagnosefehler festgestellt, weil der Patient trotz deutlicher Hinweiszeichen auf

Kreislauf- und Atembeteiligung in die Orthopädische Klinik verlegt wurde. Ein Diagnosefehler, der auf einer Fehlinterpretation der Befunde beruht, ist aber nicht immer ein Behandlungsfehler (BGH VersR 2003, 1256). Zum Behandlungsfehler wird der Diagnosefehler, wenn dem Arzt die Fehlinterpretation oder das Unterlassen notwendiger Befunderhebung vorgeworfen werden kann. Zum Behandlungsfehler wird der Diagnosefehler aber auch, wenn es sich um einen groben Diagnosefehler handelt. Als grob wird er aber nur dann bewertet, wenn es sich um einen fundamentalen Irrtum handelt (BGH VersR 188, 293; VersR 1981 1033; VersR 1992, 1263).

Für die juristische Prüfung ist im vorliegenden Fall bedeutsam, dass neben der fehlerhaften Interpretation nicht alle Befunde beachtet wurden. Die Befunde in der Notfallaufnahme, der typische wandernde Schmerz des Aneurysma dissecans, die Kreislaufbeteiligung mit Blutdruckwerten von 100 mmHg systolisch mit Kaltschweißigkeit, Blässe und deutlichem Unwohlsein und Krankheitsgefühl sowie die Einschränkung der Lungenatmung wurden nicht nur fehlgedeutet. Diesen deutlichen Hinweisen auf ein Aneurysma dissecans hätte durch internistisch-kardiologische Diagnostik nachgegangen werden müssen. In der Unterlassung der dringend gebotenen weiteren Untersuchungen liegt ein Behandlungsfehler.

Haftungsrechtlich bedeutsam ist die unzureichende Abklärung des Krankheitsbildes (BGH VersR 1989, 701 = NJW 1989, 2332), wenn der Arzt notwendige Untersuchungen nicht durchführt oder gebotene Befunde nicht erhebt. Ein solcher Befunderhebungsfehler kann auch vorkommen, wenn die zunächst gestellte Diagnose durchaus vertretbar war, sich aber herausstellt, dass die Therapie nicht wirkt. Dann muss der Arzt prüfen, ob die Symptome auf eine andere Erkrankung deuten können und differenzialdiagnostische Untersuchungen anstellen.

Mitunter ist es nicht leicht, einen Befunderhebungsfehler und einen Diagnosefehler voneinander abzugrenzen, setzt doch die Diagnose einen Befund und seine Bewertung voraus. Eine Fehlinterpretation von erhobenen oder sonst vorliegenden Befunden stellt einen Diagnosefehler dar. Ein Befunderhebungsfehler und damit ein Therapiefehler liegt dagegen vor, wenn eine Erhebung medizinisch gebotener Befunde unterlassen wird (BGH VersR 1988, 293, 294; VersR 1993, 836, 838; VersR 1995, 46; VersR 2003, 1256 f.).

Ein Befunderhebungsfehler liegt also vor, wenn der Arzt die für eine Diagnose oder die für die Kontrolle einer zunächst gestellten Diagnose angesichts der Symptome medizinisch zwingend und zweifelsfrei gebotenen Befunde nicht erhebt und es deshalb bei einer unzutreffenden Diagnose bleibt (OLG Köln VersR 2005, 1740). Ein Befunderhebungsfehler wird verhältnismäßig oft als grober Behandlungsfehler bewertet (Hart in Festschrift für Eike Schmidt, 2005, S. 131 ff., 149), obwohl die unterlassene Befunderhebung ebenso ein Bewertungsfehler ist wie die Fehlinterpretation des Befundes. Lässt ein Befund mehrere Deutungen zu und konzentriert sich der Arzt auf eine, ohne weitere diagnostische Abklärungen vorzunehmen, so ist auch dies ein Bewertungsfehler. Ein solcher Bewertungsfehler ist jedoch in der Regel kein grober Behandlungsfehler (Hart, a. a. O. S. 131 ff., 151).

Ein Mangel in der Befunderhebung kann aber von den Rechtsfolgen her einem groben Behandlungsfehler gleichstehen, weil er zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Fehlers für den Gesundheitsschaden führen kann. Das ist der Fall, wenn sich bei rechtzeitiger und genügender Abklärung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges Ergebnis gezeigt hätte und wenn die Verkenntung eines solchen Befundes fundamental oder die Nichtreaktion darauf grob fehlerhaft sein würde (Zoll, MedR 2009, 569, 572). So war es hier, weil die Beachtung der eindeutigen Befunde zur Therapie des Aneurysmas geführt hätte.

Zusammenfassend war daher festzustellen, dass die erhobenen Befunde, soweit sie zum Ausschluss von Herzinfarkt, Lungenembolie und Pneumothorax führten, richtig gedeutet wurden, weshalb ein Diagnosefehler insoweit ausscheidet. Da die Beschwerdesymptomatik aber deutliche Hinweise auf ein Aneurysma dissecans gab, war es dringend geboten, dies abzuklären. Die Beweislast dafür, dass der Patient auch bei früherer Diagnose und Behandlung verstorben wäre, trifft die Behandlungsseite.

Professor Dr. med. Jürgen Reidemeister ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht a. D. **Lothar Jaeger** deren stellvertretender Vorsitzender.