

Zerebrale Symptomatiken: Die Ausnahme bestätigt die Regel

Klassische Halbseitensymptomatik oder Unterzuckerung? Grand Mal oder ventrikuläre Tachykardie? Alkoholmissbrauch oder Schädelverletzung? Im Februar lud das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) in Kooperation mit der Gutachterkommission (GAK) für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein zur Veranstaltungsreihe „Aus Fehlern lernen“, um über mögliche Behandlungsfehler und differenzialdiagnostische Überlegungen bei Patienten mit zerebraler Symptomatik zu berichten.

von Dagmar David und Martina Levartz

Wochenende, Grillsaison, Kaiserwetter, jede Menge Leute mit kleinen Wehwehchen und bereits mehrere Stunden der Spätschicht auf dem Buckel – und jetzt noch ein junger Mann, der offenbar zu tief ins Glas geschaut hat: Immer wieder werden Ärztinnen und Ärzte im Stress des Alltags mit Symptomatiken konfrontiert, die schon mit einem kurzen Blick auf eine vermeintlich klare Ursache zurückgeführt werden können. Doch manchmal täuscht der erste Eindruck, wie sich anhand einer Fülle interessanter Kasuistiken auf der Fortbildungsveranstaltung „Aus Fehlern lernen“ über zerebrale Symptomatiken in Düsseldorf zeigte.

Aufklärungsgespräch: Patienten erinnern nur wenig

Eingeladen hatte das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) in Kooperation mit der Gutachterkommission (GAK) für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Moderiert wurde die inzwischen 54. Folge der Reihe im Februar im Haus der Ärzteschaft von Professor Dr. Mario Siebler, Chefarzt der Abteilung für Neurologie, MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr, Essen. Selbst bei unterdurchschnittlichen

Fehlerraten, so Siebler, lande statistisch jede Woche ein Behandlungsfehlervorwurf auf dem Schreibtisch eines Chefarztes einer neurologischen Abteilung. Er machte insbesondere auf die Fehlerquelle „Medikation“ aufmerksam, bei der im stationären Umfeld Fehlerquoten um zehn Prozent nachgewiesen wurden. Behandlungsfehlervorwürfe resultierten zudem aus Erinnerungslücken von Patienten über das Aufklärungsgespräch. Wie wenig Patienten von diesen Gesprächen erinnern, sei durch Studien belegt, sagte Siebler. Er empfiehlt daher, die Aufklärung genau zu dokumentieren.

Patrick Weidinger, Abteilungsleiter der Deutschen Ärzteversicherung, erläuterte am Beispiel von Schadenfällen die teils in die Millionen gehenden haftungsrechtlichen Konsequenzen tatsächlich oder vermeintlich iatrogen bedingter Behandlungsfehler: In einem Fall war es bei einer Zungenreposition zu einem hypoxischen Hirnschaden mit apallischem Syndrom gekommen. Zwölf renommierte

Professoren äußerten sich völlig unterschiedlich zur Haftung; von einem Zufallsereignis bis zu einem schweren ärztlichen Fehler war an Einschätzungen alles vertreten, sodass man sich letztlich in einem Vergleich einigte, berichtete der Jurist.

In einem anderen Fall hatte ein Gericht einen Gynäkologen wegen eines groben Entbindungsfehlers zu Schadenersatz für die gesamte, medizinisch nicht eingeschränkte Lebenszeit des Kindes verurteilt. Der Fehler des Gynäkologen war laut Sachverständigem „geeignet“, das Undine-Syndrom des Kindes herbeizuführen. Heute, rund zwanzig Jahre später, liegt der wissenschaftliche Nachweis vor, dass der ärztliche Fehler als Ursache für das Undine-Syndrom sicher ausgeschlossen werden kann. In einem erneuten Verfahren stellte der Bundesgerichtshof (BGH VI ZR 292/07) trotzdem fest, dass das frühere Urteil aus Gründen der Rechtssicherheit bestehen bleibt und weiterhin Schadenersatz zu zahlen ist.

Vorübergehende Ausfälle ernst nehmen

Professor Dr. Johannes Noth, früherer Direktor der Neurologischen Klinik der Uniklinik Aachen und Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler, widmete sich in seinem Vortrag der rechtzeitigen Diagnose des Schlaganfalls. Während die Aktionen „Time is brain“ fast überall für eine Sensibilisierung des Zeitfaktors bei erkanntem Schlaganfall gesorgt hätten, würden immer noch Schlaganfallsymptome nicht als solche eingestuft. Insbesondere vorübergehende neurologische Ausfälle werden demnach nicht richtig eingeschätzt. Dabei, so betonte Noth, erlitten 15 Prozent der Patienten mit einer Transitorischen Ischämischen Attacke (TIA) innerhalb von 14 Tagen einen vollständigen Schlaganfall, sodass bei TIA eine Therapie wie bei einem eingetretenen Insult einzuleiten ist.

Bei dem Verdacht auf eine TIA oder einen Insult ist es laut Noth nicht immer

Gute Anamnese, bessere Diagnose

Cira 15 Prozent der Patienten mit einer TIA erleiden innerhalb von 14 Tagen einen vollständigen Schlaganfall, sodass auch bei transitorischen Symptomen eine Therapie wie in einem eingetretenen Insult einzuleiten ist.

Nicht jeder Kopfschmerzpatient braucht ein CT – gezielte Anamnese und gezielte neurologische Untersuchung weisen den richtigen diagnostischen Weg. Oft hilft es, differenzialdiagnostisch vorzugehen und die richtigen Fragen zu stellen.

Hinter der Diagnose Hypertensive Krise könnte auch ein reaktiver Hochdruck bei Insult stecken.

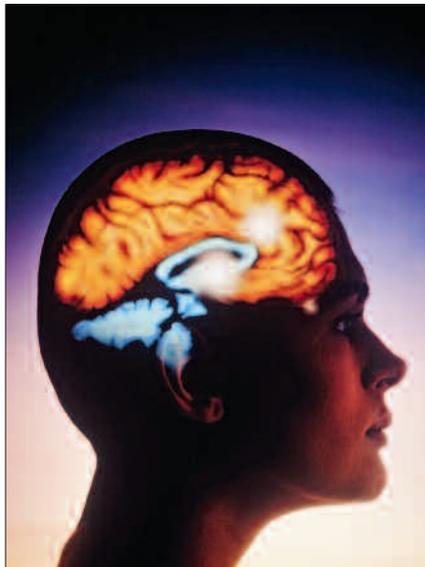
Eine Erstuntersuchung von Sehstörungen ist ohne technische Ausrüstung leicht durchführbar und wegweisend, zum Beispiel durch die orientierende Testung des Gesichtsfeldes durch Fingerperimetrie oder grobe Testung der Augenmuskulatur.

Eine genaue Dokumentation von Aufklärung, Untersuchungsbefunden und anderen Informationen bleibt unerlässlich, bei der Ablehnung von Maßnahmen sollten Art, Umfang und Intensität der Risikoaufklärung dokumentiert werden.

leicht, neurologische Ausfälle zu verifizieren, wenn andere Vorerkrankungen die Diagnose erschweren: So kann eine verwaschene Sprache bei alkoholisierten Patienten schwer einer der beiden Ursachen zuzuordnen sein. Bei Personen mit bekannten Wesensänderungen kann eine Änderung in der Quantität sowohl durch eine Verschlechterung der Grunderkrankung als auch durch ein akutes Schlaganfallereignis als auch durch ein chronisches subdurales Hämatom hervorgerufen werden.

Gleichzeitig könne nicht jeder Patient bestimmte Veränderungen wie Sehstörungen klar beschreiben. „Aber nicht jeder Patient mit Angabe von Sehstörungen oder unspezifischen Symptomen muss sofort eine CT-Untersuchung erhalten“, sagte Noth, „zielführend ist in vielen Fällen eine genaue neurologische Untersuchung und Anamnese.“ Für die orientierende Untersuchung von Sehstörungen sei zunächst keine zusätzliche technische Ausrüstung erforderlich, berichtete Noth: So können Gesichtsfeldausfälle oder Störungen der Augenmotorik bereits durch eine orientierende Fingerperimetrie erfasst werden. Schon mit diesen einfachen Untersuchungen können die richtigen Weichen für das notwendige weitere Vorgehen gestellt werden. Vorsicht ist nach den Worten von Noth auch bei angeblich „alkoholisierten“ Patienten geboten. Des Öfteren habe sich als Ursache einer „Alkohol“-Symptomatik nach Bestimmung von Blutalkohol und genauer Beobachtung der neurologischen Symptomatik sowie gegebenenfalls erfolgreichem Schädel-CT ein Sturz- oder Unfallereignis entpuppt.

Ein häufig bei der GAK in Zusammenhang mit Insulten erhobener Behandlungsfehlervorwurf betreffe das Unterlassen einer Lysetherapie, sagte Noth. Diese sei jedoch eine unter Laien stark überschätzte Therapieoption, da aufgrund der umfangreichen Liste von absoluten und relativen Kontraindikationen wie der Blutungsgefahr der Einsatz der Lysetherapie nur eingeschränkt möglich sei. Es sei zudem zu beachten, dass im CT erst nach sechs Stunden eine Demarkation des Infarktes sichtbar wird und zu früh durchgeführte Untersuchungen sogar in die Irre führen könnten, sagte er. Da es bisher keine Studien gibt, die belegen, dass eine schnelle Therapie bei TIA/Insult die Prognose positiv beeinflusst, wird von Seiten der GAK bisher



Bei der Diagnose „Hypertensive Krise“ ist Wachsamkeit geboten, in vielen Fällen ist der hohe Blutdruck eine Reaktion auf einen Insult. Bei Werten unter einem diastolischen Druck von 120 mm Hg ist ein Schlaganfall differenzialdiagnostisch zu bedenken, so Prof. Dr. Johannes Noth, Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der GAK. Foto: PhotoDisc

nicht auf Behandlungsfehler erkannt, wenn – auch verzögert – die Therapie eingeleitet wurde.

Auch bei der Diagnose „Hypertensive Krise“ ist laut Noth Wachsamkeit geboten. In vielen Fällen sei der hohe Blutdruck eine Reaktion auf einen Insult, sodass die Diagnose erst bei diastolischem Druck von 120 mm Hg und mehr gestellt werden sollte. Bei Werten darunter sei ein Schlaganfall differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehen.

Professor Dr. Rudolf Laumer, Chefarzt der Neurochirurgischen Abteilung im Alfried Krupp Krankenhaus Essen, schilderte die Bandbreite an intrakraniellen Befunden und deren therapeutische Optionen. Viele Diagnosen bei zerebralen Prozessen seien bereits durch gezielte Anamnese und einfache neurologische Untersuchungen zu vermuten. Dazu gehörten beispielsweise konkrete Fragen nach Änderungen des Geruchs- oder Geschmacksinns und nach Sehstörungen. Laumer: „Wer nicht an ein zentrales Ereignis denkt, stellt nicht die richtigen Fragen. Nicht jeder Kopfschmerzpatient braucht ein CT – wenn die Ärztin oder der

Arzt ‚zum Äußersten schreitet‘ und die Patienten genau befragt, gezielt untersucht – und dokumentiert.“ Insbesondere beim subduralen Hämatom müsse eindringlich nach Sturzereignissen in den vergangenen Wochen oder nach einem Kopfanstoßen gefragt werden, gab Laumer bei der Vorstellung verschiedener in der GAK behandelten Kasuistiken zu verstehen.

Fentanylpflaster, die zum Koma führen

Wie Noth betonte auch Laumer die Bedeutung der Dokumentation erfolgter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Auch und gerade bei vorübergehenden Symptomen wie der TIA neigten Patientinnen und Patienten dazu, das Geschehen zu unterschätzen. Lehnt der Patient eine stationäre Aufnahme ab, sollte der behandelnde Arzt dokumentieren, mit welcher Dringlichkeit er auf die Notwendigkeit einer stationären Behandlung hingewiesen hat. Ob es Sinn macht, bei der Anwesenheit von Patientenangehörigen auch ärztlicherseits „Zeugen“ für das Gespräch hinzuzuziehen, so die Auffassung der Veranstaltungsteilnehmer, sollte jeder Arzt in der jeweiligen Situation selbst entscheiden.

Dr. Frank Sensen, Ärztlicher Leiter beim Rettungsdienst der Stadt Düsseldorf, stellte Kasuistiken aus dem notärztlichen Bereich vor, die (fast) alles bisher Gehörte wieder auf den Kopf stellten: Da entpuppte sich die klassische Halbseitensymptomatik als Unterzuckerung, ein Grand-Mal-Anfall wie aus dem Lehrbuch als ventrikuläre Tachykardie, die unklare zerebrale Symptomatik eines jungen Mannes in seiner Wohnung als Kohlenmonoxidvergiftung – und der komatöse Patient als Opfer einer von den pflegenden Verwandten mit drei Fentanylpflastern gut gemeinten, aber schief gelaufenen „Selbstmedikation“ im LWS-Bereich gegen Lumbago. Mit seinem pointierten Beitrag zum Abschluss der Veranstaltung zeigte Dr. Sensen auf, dass in der Medizin zwar das Häufige häufig und das Seltene selten ist, aber im Einzelfall doch die Ausnahme die Regel bestätigt. Medizin ist eben auch eine Kunst, eine praxisorientierte Erfahrungswissenschaft, die sich nur bedingt standardisieren lässt.

Dr. med. Dagmar David, MPH, ist Referentin im Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN). **Dr. med. Martina Levartz, MPH**, ist Geschäftsführerin des IQN.