

Verkennen eines Hämatothorax

Die Abgrenzung zwischen einem Diagnose- und einem Befunderhebungsfehler bereitet zuweilen Schwierigkeiten.

von Klaus-Dieter Grosser,
Ulrich Smentkowski und Beate Weber

Im folgenden Fall hatte es die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein parallel sowohl mit einem Diagnose- als auch mit einem Befunderhebungsfehler zu tun.

Sachverhalt

Auf Bitten des 63-jährigen Patienten kam an einem Samstag, dem 3. Mai, der Arzt im kassenärztlichen Notdienst zum Hausbesuch. Der Patient gab seit acht Tagen aufgetretene starke thorakale Schmerzen und Atemnotzustände an. Trotz Gabe von Ibuprofen verstärkten sich die Schmerzen beim Niesen und Husten. Daraufhin ließ der Arzt den Patienten in notärztlicher Begleitung zur Krankenhausaufnahme in das vom Vorwurf eines Behandlungsfehlers betroffene Krankenhaus bringen.

Im Notarzt-Einsatzprotokoll wurde vermerkt: „Patient mit Dyspnoe und Schmerzen entlang dem Rippenbogen links. Der Blutdruck war mit 140/80 mm Hg normal. Die Pulsfrequenz betrug 140/min.“ Die Diagnose lautete „Intercostalneuralgie DD: Minimale I.E.“ Im NACA-Score wurde 3 = stationäre Behandlung angekreuzt.

Bei der Aufnahmeuntersuchung wurden Schmerzen beim Einatmen links basal im Thoraxbereich vermerkt. Die Beschwerden hätten vor drei Wochen begonnen. Seit einem Jahr bestand eine Marcumarbehandlung wegen zweimaliger Thrombosen.

Aufzeichnungen über klinische Untersuchungsbefunde fehlen. Bei den Laboruntersuchungen ergaben sich ein Hb-Wert von 14,2 g/dl, Leukozyten 14,7 nl, CRP 2,5 g/dl und ein Quickwert von 22 Prozent. Der D-Dimer-Test war unauffällig. Das EKG zeigte eine Sinustachykardie mit 116/min bei Normalverlauf.

Die Beschreibung der vom Dienstarzt befundeten Röntgen-Thorax-Aufnahme lautete: „Große RF (Raumforderung) 30 x 15 cm linke Lunge, konkav von Pleura her ausgehend, DD: TU.“ Dieser Befund wurde telefonisch dem Radiologen mitgeteilt. Auch die Laborwerte wurden besprochen. Aufgrund dieser Untersuchungsergebnisse wurde keine Notindikation für eine CT-Thoraxuntersuchung gesehen. Zur Begründung wurde angeführt, dass der Patient fieberfrei war und der Hb-Wert mit 14,2 g/dl im Normbereich lag.

Die vom diensthabenden Arzt vorgeschlagene stationäre Behandlung lehnte der Patient aus familiären Gründen („unversorgte pflegebedürftige Mutter“) ab. In der Kurzmitteilung zur Entlassung finden sich folgende Eintragungen: Diagnose: „Unklare Raumforderung linke Lunge,

am ehesten von der Pleura ausgehend, circa 30 x 15 cm. Marcumar bei Zustand nach zwei Thrombosen. Patient gibt an, seit 3 Wochen unter Schmerzen linke Lunge bei Einatmen zu leiden. Er sei auf Intercostalneuralgie behandelt worden.“ Und: „Kontrollbedingte Untersuchungen CT-Thorax notwendig. Bei Fieber sofortige Wiedervorstellung.“

Am nächsten Morgen um 9 Uhr wurde das am Vortag angefertigte Röntgen-Thorax-Bild vom Radiologen gesehen. Bei der Inspektion stellte dieser fest, dass zusätzlich eine Fraktur der 8. Rippe links vorlag. In Kenntnis der Marcumarbehandlung kam er zu dem Schluss, dass eine große Einblutung im Sinne eines Hämatoms vorliegen könnte und empfahl ein CT der Thoraxorgane. Daraufhin versuchte man mehrfach, den Patienten telefonisch zu erreichen, was nicht gelang.

Aus den Krankenunterlagen geht hervor, dass der Patient am Sonntag, dem 4. Mai gegen Mittag den Notarzt wegen starker Atemnot, Schwindel und zunehmender Schwäche alarmiert hatte. In dem entsprechenden Notarztprotokoll von diesem Tage ist folgender Befund dokumentiert: „Es wird ein blasser, kollaptischer Patient (Blutdruck nicht messbar) mit Ruhedyspnoe und Tachykardie von 160/min. angetroffen. Nach dem NACA-Score ist eine akute Lebensgefahr nicht auszuschließen.“

Bei der Aufnahmeuntersuchung befand sich der Patient im Schockzustand. Die nun durchgeführten CT-Röntgenuntersuchungen der Thoraxorgane zeigten einen ausgedehnten Hämatothorax mit nachweisbaren Veränderungszeichen und mediastinaler Verlagerung, außerdem eine Fraktur der 8. Rippe. Die Laboruntersuchungen ergaben einen Hb-Wert von 10,3 g/dl und einen Quickwert von 15 Prozent. Es erfolgte nach Applikation von 1.000 IE PPSB die Intubation und die sofortige Verlegung in eine Thoraxchirurgische Klinik zur Bülaudrainage. Es entleerten sich 2,3 Liter Blut. Nach Gabe von 3 Erythrozytenkonzentraten und 6 FFP stabilisierte sich der Zustand am nächsten Tag. Bei zwischenzeitlichem Fieber bis auf 39,5 Grad Celsius erfolgte eine antibiotische Behandlung. Am Dienstag, dem

Diagnose- und Befunderhebungsfehler

Die juristische Besonderheit des Falles liegt darin, dass nebeneinander sowohl ein vermeidbarer Diagnosefehler (hier: die anfängliche Verkennung der eindeutig erkennbaren Fraktur der 8. Rippe links) als auch ein Befunderhebungsfehler festzustellen waren. Die Abgrenzung zwischen einem Diagnose- und einem Befunderhebungsfehler bereitet zuweilen Schwierigkeiten. Der Fall macht die Unterscheidung deutlich: Ein Diagnosefehler ist gegeben, wenn die zur Sicherung der Diagnose gebotenen Befunde zwar erhoben, jedoch fehlinterpretiert wurden, und wenn die Fehlinterpretation nicht mehr vertretbar erscheint, mithin nicht als entschuldbarer bloßer Diagnoseirrtum zu bewerten ist. Ein Befunderhebungsfehler liegt hingegen vor, wenn die zutreffende Diagnose nicht gestellt wurde, weil zur definitiven Klärung medizinisch gebotene (weitere) Untersuchungen (hier: das Thorax-CT) unterlassen wurden. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass ein Diagnosefehler nicht dadurch zu einem Befunderhebungsfehler wird, dass bei objektiv zutreffender Diagnose noch weitere Befunde zu erheben gewesen wären (BGH, Urteil vom 21. Dezember 2010 – VI ZR 284/09 –, BGHZ 188, 29-38). So war es aber im vorliegend begutachteten Fall gerade nicht, denn die weitere Befunderhebung durch Thorax-CT war – wie ausdrücklich festgestellt wurde – unabhängig von der anfänglichen Fehlbeurteilung des Röntgenbildes geboten.

6. Mai war die Kreislaufsituation ausgeglichen und bei suffizienter Spontanatmung konnte die Extubation vorgenommen werden. Die Thoraxdrainage wurde belassen, da sich ein Mantelpneum auf der linken Seite entwickelt hatte. Am 7. Mai konnte der Patient ausreichend atmend mit stabilen Kreislaufverhältnissen im wachen, ansprechbaren Zustand in das belastete Krankenhaus zurückverlegt werden. Bis zum 15. Mai war eine intensivmedizinische Behandlung notwendig. Am 22. Mai wurde der Patient nach Hause entlassen. Ein Entlassungsbericht wurde nicht vorgelegt.

Verzeichnet wurde in den Krankenunterlagen noch ein Telefonat mit dem nachbehandelnden Hausarzt mit folgenden Empfehlungen: 1. Weiterführung der Antibiotikatherapie wegen Pneumonie für eine Woche. 2. Aussetzen der Marcumarisierung wegen Hämatothorax. 3. Wegen Flüssigkeits- und Luftsaum im Thorax nach Hämatothorax röntgenologische Kontrolle nach einer Woche. 4. Ursache der Rippenfraktur unklar. Kein Anhalt für pathologische Fraktur.

Beurteilung

Die Entscheidung des diensthabenden Arztes zur Einlieferung des Patienten in stationäre Krankenhausbehandlung war sachgerecht.

Der Dienstarzt im Krankenhaus, der dem Radiologen telefonisch lediglich den hochgradig krankhaften Befund einer ausgedehnten Raumforderung im linken Thoraxbereich mitteilte, handelte jedoch fehlerhaft. Den zusätzlichen pathologischen Befund einer Arrosion beziehungsweise Fraktur der 8. Rippe erwähnte er in diesem Telefongespräch nicht, weil er ihn offensichtlich nicht erkannte. Die Fehlbeurteilung des Röntgenbildes war ihm als fehlerhaft anzulasten. Wenn die Diagnose der Rippenfraktur rechtzeitig gestellt worden wäre, wäre im Zusammenhang mit der durch Marcumar bedingten Gerinnungshemmung sehr wahrscheinlich schon an diesem Tag der Verdacht auf einen Hämatothorax erhoben und der Patient adäquat behandelt worden.

■ Weiterführende Diagnostik versäumt

Allerdings hätte auch aus anderen Gründen – unabhängig vom Übersehen der Rippenfraktur – die Fortführung der Diagnostik mit einer computertomographischen Untersuchung der Thoraxorgane bereits am Aufnahmetag erfolgen müssen. Denn der Patient war aufgrund der festgestellten Beschwerdesymptomatik mit starken Schmerzen und Luftnot als Notfallpatient in Arztbegleitung eingeliefert worden. Nach der Röntgenaufnahme lag ein pathologischer Befund vor, aber noch keine Diagnose, die zur Erklärung der Beschwerden

und damit auch zur Therapie geführt hätte. Die Unterlassung weiterführender Untersuchungen zur diagnostischen Klärung war den Ärzten deshalb als weiterer Behandlungsfehler – im Sinne eines Befunderhebungsfehlers – anzulasten, ebenso die Entlassung des Patienten nach Hause ohne Diagnose und ohne Therapie. Gerade wegen seiner Ablehnung einer stationären Aufnahme aus persönlichen Gründen war eine definitive Abklärung der Beschwerden, wenigstens aber eine Sicherungsaufklärung über die Folgen der Ablehnung gegen Unterschrift erforderlich.

Als Gesundheitsschaden waren die durch verzögerte Behandlung des Hämatothorax bedingten Komplikationen (hämorrhagischer Schock mit apparativer Beatmung und die zehntägige intensivmedizinische Behandlung mit der Entwicklung einer Begleitpneumonie) festzustellen. Mit praktischer Gewissheit wäre dem Patienten bei sofortiger Behandlung mit einer Bülau-Drainage und Normalisierung der Gerinnungswerte der komplikationsreiche Verlauf erspart geblieben.

Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Grosser ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, **Dr. med. Beate Weber** und **Ulrich Smentkowski** gehören deren Geschäftsstelle an.



Bestellung per
Fax: 0211/4302-2019,
E-Mail: pressestelle@aekno.de,
Internet: www.aekno.de
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Adresse/Arztstempel

Kostenlose Materialbestellung für Ärztinnen und Ärzte:

Stabsstelle Kommunikation

- Expl. Jahresbericht 2012 der Ärztekammer Nordrhein
- Expl. Kurzporträt der Ärztekammer Nordrhein
- Expl. Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler – Gutachterliche Entscheidungen veröffentlicht im Rheinischen Ärzteblatt, 4. erweiterte und aktualisierte Auflage 2011
- Expl. Kurzporträt der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler
- Expl. Weiterbildungsordnung in der Fassung von 2012
- Expl. Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte“
- Expl. Organspendeausweise
- Expl. Hausärztlicher Weiterbildungsverbund/Flyer.
- Expl. Organspende – eine persönliche und berufliche Herausforderung – für Ärzte

aus dem Bereich Gesundheitsberatung

- Expl. Gesund macht Schule/Flyer
- Expl. Gesund und Mobil im Alter – Unfallverhütung

Weitere Informationen auch unter www.aekno.de – Bürger/Gesundheitsförderung

- Rechtsabteilung Expl. Berufsordnung Expl. Praxis-Homepage
- Expl. Heilberufsgesetz NRW Expl. Praxisschilder