

Verzögerte Behandlung einer postoperativen Anämie

Müssen bei einer Bluttransfusion immer die Leitlinien beachtet werden? Mit dieser Frage beschäftigte sich kürzlich die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

von Othmar Paar und Peter Lange

Akute kreislaufwirksame Blutungen nach Unfällen oder als Komplikation chirurgischer Eingriffe machen, außer einer Infusionsbehandlung, häufig auch eine Bluttransfusion notwendig. Dagegen verlaufen postoperative Nachblutungen zumeist protrahiert und machen sich ohne Behandlung erst allmählich durch eine Anämie und Flüssigkeitsmangel bemerkbar. Um dem entgegenzuwirken, sind nach einer Operation nicht nur Blutbildkontrollen und die Überprüfung der Blutmenge in den Redonflaschen erforderlich, sondern auch die Beurteilung des Allgemeinzustandes des Patienten. Ohne Therapie führt der anhaltende Blutverlust zu einer Verringerung der zirkulierenden Blutmenge – sie ist wichtig um die Kreislaufzirkulation aufrechtzuerhalten – und zu einer Abnahme der Erythrozyten – diese dienen dem Sauerstofftransport im Blut – was zu ernsthaften Komplikationen führen kann. Während jüngere Patienten ohne nennenswerte Vorerkrankungen eine Abnahme des Blutvolumens – Richtwert ist der Hämatokrit bis zu 50 Prozent der zirkulierenden Blutmenge ohne eine Bluttransfusion regelmäßig schadlos überstehen, sofern gleichzeitig Infusionen verabreicht werden, muss bei älteren Patienten häufig bereits bei einem Hämatokritwert von 30 Prozent eine Bluttransfusion erwogen werden. Ähnlich verhält es sich mit den Erythrozyten und den Hämoglobinwerten im Blut. Entsprechend der allgemeinen Lehrmeinung sollen Bluttransfusionen erst bei Hämoglobinwerten zwischen 6 und 8 g/dl durchgeführt werden. Das bedeutet, dass bei jüngeren und sonst gesunden Patienten erst bei einem Hämoglobinwert von 6 g/dl und darunter eine Bluttransfusion

zu erwägen ist, während bei älteren Patienten diese Grenze bereits bei einem Hämoglobinwert von 8 g/dl erreicht sein kann. Vor elektiven Eingriffen, die einen größeren Blutverlust erwarten lassen, wird zudem Eigenblut entnommen und bei Bedarf retransfundiert.

Sachverhalt

Die bereits zweimal an der Hüfte operierte 50-jährige Patientin wurde wegen unverändert starker Schmerzen am 7. November in der beschuldigten Klinik stationär aufgenommen. Zuvor hatte sie Blut gespendet, damit für die geplante Hüftoperation Eigenblutkonserven bereitgestellt werden konnten. Das Blutbild bei der Aufnahme ergab einen Hämatokritwert von 35 Prozent (Richtwert 36 bis 46 Prozent), einen Hämoglobinwert von 11,3 (Richtwert 12 bis 16 g/dl) und Erythrozyten von 3,91 (Richtwert 4,1 bis 5,4). Bei der Operation am 8. November wurde statt der vorgesehenen Kurzschaftprothese eine normale Prothesenschaft implantiert. Der Eingriff verlief komplikationslos.

Nach der Operation kam es zweimal zu einem Blutdruckabfall bis 80/40 mmHg, das letzte Mal während der dem Eingriff folgenden Nacht, wobei aus den Unterlagen nicht ersichtlich ist, ob der von den Krankenschwestern verständigte diensthabende Arzt die Patientin auch tatsächlich untersucht hat. Noch am Operationstag mussten die mit Blut vollgelaufenen Redonflaschen gewechselt werden, sodass bis zur Entfernung der Wunddrainagen am 10. November die Patientin etwa 1,1 Liter Blut verloren hatte. Nach der Operation erhielt sie insgesamt 1.500 ml einer Infusionslösung. Danach wurden die Infusionen eingestellt. Die Blutbildkontrolle am 9. November ergab einen Hämoglobinwert von 7,4 g/dl und einen Hämatokritwert von 24 Prozent, während die Erythrozyten auf 2,5 abgesunken waren. In der Folge klagte die Patientin über Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindelanfälle und über ein zunehmendes Schwächegefühl. Weder eine neurologische Untersuchung noch das CCT waren auffällig.

Bei reizlosen Wundverhältnissen und mobilisiert an Unterarmgehstützen wurde die Patientin am 19. November in die hausärztliche Weiterbehandlung entlassen. Eine Blutbildkontrolle war seit dem 9. November nicht mehr erfolgt.

Nach der Entlassung stellte der Hausarzt eine behandlungsbedürftige Anämie (Hämoglobinwert 7,8 g/dl) fest und veranlasste die Verabreichung der beiden bereitgestellten Eigenblutkonserven. Daraufhin besserte sich umgehend der Allgemeinzustand der Patientin, sodass sie an der geplanten Rehabehandlung teilnehmen konnte. Das Blutbild am 1. Dezember ergab einen Hämoglobinwert von 10,8 g/dl. Nach der Rehabehandlung konnte das operierte Bein ohne Unterarmgehstützen voll belastet und das Hüftgelenk bis 90 Grad gebeugt werden.

Gutachterliche Beurteilung

Hinsichtlich der Operation des Hüftgelenkes am 8. November konnte die Gutachterkommission keinen vorwerfbaren Behandlungsfehler feststellen. Der Eingriff war (zumindest vertretbar) indiziert und die Hüftprothese wurde korrekt implantiert. Auch die Entscheidung, statt der ursprünglich geplanten Kurzschaftprothese einen normalen Prothesenschaft einzusetzen, war nicht zu bemängeln.

Anders liegen die Umstände nach der Operation. Nach Ansicht der Gutachterkommission sind den Ärzten insoweit mehrere Behandlungsfehler vorzuwerfen, und zwar eine inadäquate Infusionstherapie, das Unterlassen weiterer Blutbildkontrollen, nachdem am 9. November eine deutliche postoperative Anämie festgestellt worden war, und schließlich der Entschluss der Ärzte, trotz klinischer Hinweise auf eine möglicherweise persistierende Anämie und/oder einen Flüssigkeitsmangel, auf eine Blutübertragung zu verzichten.

■ Postoperative Infusionsbehandlung:

Am Operationstag wurden insgesamt 1.500 ml einer Infusionslösung verabreicht und die Infusionstherapie danach beendet. Obwohl den Unterlagen der be-

lasteten Klinik zu entnehmen ist, dass die Patientin durchgehend an Schwindelanfällen, Übelkeit, Kopfschmerzen und einem zunehmenden Schwächegefühl litt und damit in Erwägung zu ziehen war, dass die Beschwerden durch ein klinisch wirksames Flüssigkeitsdefizit verursacht wurden, ist nicht dokumentiert, dass die belasteten Ärzte entsprechende differenzialdiagnostische Überlegungen anstellten und unter anderem an einen chronischen Flüssigkeitsmangel dachten, der zumindest eine weiterführende Infusionstherapie erfordert hätte.

Dies war zu beanstanden und hat die (widerlegbare) Vermutung eines Behandlungsfehlers zur Folge, denn dem behandelnden Arzt (bzw. dem Pflegepersonal) obliegt die Pflicht, jedenfalls die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die wesentlichen Verlaufsdaten zeitnah zu dokumentieren. (vgl. z. B. OLG Düsseldorf, MedR 1996, 79). Verletzungen der Dokumentationspflicht sind zwar grundsätzlich keine Behandlungsfehler. Die wesentliche Bedeutung von Dokumentationsmängeln liegt vielmehr in den beweisrechtlichen Folgen. Die unterbliebene, mangelhafte oder auch nur lückenhafte Dokumentation aufzeichnungspflichtiger Maßnahmen indiziert, dass die Maßnahme(n) nicht durchgeführt wurde(n), das heißt, es wird zulasten des Arztes (widerlegbar) vermutet, dass die ärztlichen Maßnahmen unterblieben sind oder nicht fachgerecht ausgeführt wurden (vgl. z. B. BGH, Urt. V. 7.5.1985 - VI ZR 224/83, NJW 1985, 2193; vgl. zum Umfang der Dokumentationspflicht und zu den Aufbewahrungsfristen den dreiteiligen Beitrag „Dokumentation in der Praxis“ in KVNO aktuell Dezember 2001, S. 30 ff., Januar/Februar 2002, S. 28 ff., März 2002 S. 30 ff.).

Die Gutachterkommission ist gemäß ihrer ständigen Spruchpraxis in Fällen mangelhafter Dokumentationen in Anwendung der vorgenannten Grundsätze von der Vermutung ausgegangen, dass die gebotenen differenzialdiagnostischen Überlegungen nicht angestellt und eine weiterführende Infusionstherapie behandlungsfehlerhaft nicht durchgeführt wurde. Allerdings ist es in derartigen Fällen mit den Mitteln der Gutachterkommission nicht möglich, abschließend zu klären, ob die durch den Dokumentationsmangel begründete Vermutung den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht, denn die Kommission stützt ihre Ent-

scheidung unter Hinzuziehung fachsachverständiger Gutachten alleine auf das Vorbringen der Beteiligten und die beigezogenen medizinischen Unterlagen. Die Verwertung anderer Beweismittel, insbesondere die Anhörung von Zeugen ist ihr – anders als im Rahmen eines zwischen den Beteiligten geführten Gerichtsverfahrens – nicht möglich.

■ Postoperative Blutbildkontrollen/Bluttransfusion:

Nachdem am 9. November eine postoperative Anämie festgestellt worden war und die Patientin bis zur Entfernung der Wunddrainagen am 10. November insgesamt 1,1 Liter Blut verloren hatte, reduzierte sich die Blutmenge nach der Operation um etwa 20 Prozent. Dieser Wert ist in der Regel kein zwingender Grund, Blut zu übertragen, ebenso wenig wie der am 9. November festgestellte Hämoglobinvwert von 7,4 g/dl und Hämatokritwert von 24 Prozent. Dass sich das Blutbild nach einer Operation verändert, ist bekannt. Sonst gesunde, vor allem jüngere Patienten erholen sich nach einer Infusionstherapie relativ schnell von dem Blutverlust, sodass sich bereits nach wenigen Tagen die Blutwerte wieder normalisieren. Im vorliegenden Fall jedoch war schon vor der Operation eine leichte Anämie vorhanden, sodass der nicht unbedeutende Blutverlust während und nach der Operation und die pathologischen Blutwerte am 9. November nicht nur eine sorgfältige Überwachung der Patientin erfordern hätten, sondern auch wiederholte Kontrollen des Blutbildes.

Bereits am 10. November hätte eine erneute Kontrolle durchgeführt werden müssen, um festzustellen, ob die Blutwerte eine Tendenz zur Erholung zeigten. Wäre bei einer weiteren Überprüfung keine Besserung festgestellt worden, hätte auf Grund der anhaltenden Beschwerden noch vor der Entlassung der Patientin eine Blutübertragung – hier durch Verabreichung der beiden Eigenblutkonserven – erfolgen müssen. Der Allgemeinzustand der Patientin war zum Zeitpunkt der Entlassung offenbar derart stark beeinträchtigt, dass der Hausarzt umgehend eine Bluttransfusion veranlasste, worauf sich die Blutwerte, vor allem aber der Allgemeinzustand der Patientin besserten. Den Ärzten war stattdessen bis zur Entlassung der Patientin am 19. November nicht bekannt, ob sich die pathologischen Blut-

werte gebessert hatten, und sie sahen offenbar auch keinen Zusammenhang zwischen den Beschwerden der Patientin und den möglichen Auswirkungen einer anhaltenden Anämie beziehungsweise eines Flüssigkeitsmangels.

Die unzureichenden Blutbildkontrollen und die unterbliebene Berücksichtigung des schlechten Allgemeinzustandes der Antragstellerin und die deshalb ebenfalls unterbliebene Bluttransfusion fallen den beschuldigten Ärzten als Befunderhebungsfehler zur Last.

Der Hinweis der Ärzte, der Hämoglobinvwert von 7,4 g/dl habe nicht den Leitlinien entsprochen, die festlegen, bei welchen Laborwerten Blut übertragen werden sollte, weshalb auch keine Bluttransfusion vorgenommen wurde, ist nicht überzeugend. Leitlinien legen zwar eine bestimmte Behandlung im Sinne einer Orientierungshilfe nahe, doch kann und muss davon abgewichen werden, wenn die klinische Beurteilung und die ärztliche Erfahrung eine andere Vorgehensweise notwendig machen.

Leitlinien sollen die Komplexität wissenschaftlicher Studien und ärztlicher Erfahrungsberichte auf das für die ärztliche Praxis Wesentliche reduzieren und sind als Handlungsempfehlungen an den Arzt zur Wahrung von Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung zu verstehen, wobei den sog. S 3-Leitlinien ein „starker Empfehlungscharakter“ zukommt (vgl. OLG Köln, Urteil vom 21.9.2011 5 U 11/11; vgl. auch Martis-Winkhart, *Arzt Haftungsrecht*, 4. Auflage, 2014, S. 571 ff. m.w.N.) Sie stellen gleichwohl – wie erwähnt – lediglich ärztliche Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren dar und sind nicht stets gleichbedeutend mit dem medizinischen Standard (vgl. Laum/Smentkowski: *Ärztliche Behandlungsfehler – Statut der Gutachterkommission*, 2. Auflage, 2006, S. 56). Zur Gewährleistung einer dem medizinischen Standard gemäßen Behandlung kann und muss der behandelnde Arzt vielmehr in begründeten Fällen von den Leitlinien abweichen, denn Leitlinien können nicht unesehen mit dem ärztlichen Standard gleichgestellt werden. Dies gilt auch für die Beurteilung ärztlicher Behandlungsfehler (vgl. Glanzmeyer in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer, *Gesamtes Medizinrecht*, 1. Auflage, 2012, § 287 ZPO Rz. 25).

Um die gebotene, leitliniengerechte Behandlung sicherzustellen, ist bei der ärzt-

lichen Entscheidung, ob Blut übertragen werden muss oder eine Infusionstherapie noch ausreicht, neben dem pathologischen Blutbild auch der Allgemeinzustand des Patienten zu berücksichtigen. Danach war hier die Gabe von Blut geboten. Abzuwarten, bis der Hämoglobinwert leitliniengerecht abgesunken ist und erst dann Blut zu transfundieren, ist keine dem medizinischen Standard entsprechende Option. Der durchaus übliche postoperative Verlauf nach einer sonst problemlos durchgeführten Operation und die allmähliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Patientin hätten den belasteten Ärzten zu denken geben müssen, zumal sich hinter den allgemeinen Symptomen auch eine behandlungsbedürftige Anämie verbergen konnte, die weitere Blutbildkontrollen und gegebenenfalls eine Blutübertragung notwendig gemacht hätte. Dies umso mehr, als Eigenblutkonserven zur Verfügung standen, die zwar den gleichen Kriterien der Qualitäts-

kontrolle unterliegen wie Fremdblut, bei einer Retransfusion aber im Vergleich zu Fremdblutkonserven weniger Risiken aufweisen und mit weniger Gefahren für den Patienten verbunden sind.

Orientiert an den geltenden Leitlinien waren die Kriterien, ab wann eine Bluttransfusion durchgeführt werden soll, auch zum Zeitpunkt der Behandlung durch den Hausarzt im Anschluss an die Entlassung aus der belasteten Klinik nicht erfüllt, doch zwangen die Auswirkungen der bereits seit zehn Tagen anhaltenden Anämie die Ärzte dazu, sich über die Leitlinien hinwegzusetzen, um die Patientin vor einem möglicherweise noch größeren Schaden zu bewahren.

Fazit

Den Ärzten der beschuldigten Klinik sind Behandlungsfehler vorzuwerfen. Während die Prothesenoperation am 8. November nicht zu beanstanden ist, haben

die Ärzte den postoperativen Blutverlust und seine Auswirkungen auf den Allgemeinzustand der Patientin fehlerhaft eingeschätzt. Sie reagierten auf die pathologischen Blutwerte vom 9. November nicht angemessen und veranlassten weder eine Infusionstherapie noch verabreichten sie die vorbereiteten Eigenblutkonserven, als sich der Zustand der Patientin weiter verschlechterte. Fehlerhaft war es auch, das Blutbild nach dem 9. November nicht mehr zu kontrollieren und die Patientin am 19. November mit einer behandlungsbedürftigen postoperativen Anämie zu entlassen. Die Zustandsverschlechterung geht daher zu ihren Lasten.

Professor Dr. med. Othmar Paar ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler Nordrhein. Vorsitzender Richter am Landessozialgericht a.D.
Dr. jur. Peter Lange ist Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission.



Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein

Fortbildungsveranstaltung Verordnungssicherheit Teil 21

Verschreibung und Anwendung von Arzneimitteln bei Kindern und die Kommunikation mit den Eltern

Mittwoch, 17. Juni 2015, 16.00 – 19.30 Uhr, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Begrüßung

Dr. med. Martina Levartz, MPH,
Geschäftsführerin des IQN

Moderation und Einführung

Dr. med. Hubert Radinger,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Bonn

Problematik des off-label use der Medikamentengabe bei Kindern – was darf ich verordnen, wo liegen die Probleme?

Prof. Dr. med. Stephanie Läer,
Leiterin des Instituts für Klinische Pharmazie und
Pharmakotherapie, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Antibiotikagabe bei Kindern – worauf muss man besonders achten?

Dr. med. Heidemarie Pankow-Culot,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Heiligenhaus

Notfälle mit Medikamenten und Intoxikationen bei Kindern – was ist zu tun?

Dr. med. Bernd Jeschke,
Institut für Notfallmedizin, HELIOS Klinikum Wuppertal

Workshop:

Kommunikationstraining: Kommunikation mit Eltern und Kindern

Dr. med. André Karger, Oberarzt Klinisches Institut für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Universität Düsseldorf
Dr. med. Britta Waskowiak, Klinisches Institut für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie, Universität Düsseldorf
Dr. med. Hans-Martin Bosse, Oberarzt der Klinik für
allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie,
Universitätsklinikum Düsseldorf

Zertifiziert 5 Punkte

Begrenzte Teilnehmerzahl

Schriftliche Anmeldung erforderlich unter

E-Mail: iqn@aekno.de oder Fax: 0211 4302-5751

Kontakt

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Geschäftsführerin: Dr. med. Martina Levartz, MPH
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf, Tel.: 0211 4302-2751

Internet www.iqn.de

IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein

Einrichtung einer Körperschaft öffentlichen Rechts