

Kein Schlaganfall

Kasuistik

Ich habe zwei Motive, zu schreiben. Einmal: Jeder Fehler zählt – und dessen Analyse kann anderen Patienten und Ärzten helfen.

Zum anderen: Ist unsere Einstellung zum eigenen oder kollektiven Fehler ausreichend geschärft?

Hier nicht nur ein Fall, auf alle Fälle eine Falle. Ein CIRS-Fall?

Die Geschichte liegt etwa fünf Jahre zurück. Ich wollte erst an das „Deutsche Ärzteblatt“ schreiben unter Bezug auf den Artikel über „Trends in der akutstationären Schlaganfallversorgung in Deutschland“ (Heft 51/52C, 24. Dezember 2012). Dann habe ich es weggeschoben. Nun kam mir die Ankündigung der CIRS-Rubrik im „Ärzteblatt Sachsen“ entgegen.

Der Mann von 78 Jahren saß mir anlässlich eines kleinen Gratulations-Buffets gegenüber. Er sah gesund und biologisch jünger aus. Er erzählte, dass er bald mit seiner stark sehbehinderten Ehefrau Goldene Hochzeit feiern wolle. Aber mit der Gesundheit wäre es nicht zum Besten bestellt. So, weshalb?

Er sei in den letzten sechs Monaten zweimal in der Schlaganfallklinik, jeweils wegen einer Minuten anhaltenden Bewusstlosigkeit, aufgenommen worden. Diese trat bei moderaten psychophysischen Belastungen auf, bei meiner Nachfrage auch gelegentlich nur in Form von Schwindel und Übelkeit. Bei den stationären Aufenthalten auf der Spezialabteilung (sprich „stroke unit“) wurde keine Ursache gefunden.

Ich fragte ihn, ob sein Herz untersucht wurde. Ja, beim zweiten Mal, allerdings nur auf seine eigene dringende Nachfrage hin. Es sei dann kurz vor der bereits festgelegten Entlassung eine Sonographie des Herzens mit einem Schlauch durchgeführt worden. Ich bot ihm an, mir die Klinikberichte anzusehen. Und

siehe, im Befund der Echokardiografie waren ganz allein die Vorhöfe als thrombenfrei beschrieben! Ich riet ihm, unbedingt und so schnell als möglich bei einem Kardiologen vorzusprechen. Doch er wollte erst seine Goldene Hochzeit feiern.

Wenig später erreichte mich die Nachricht, dass er zu vorgerückter Stunde bei einem Tänzchen mit seiner Goldbraut tot umgefallen sei. Einige geschulte Laien unter den Gästen erreichten offenbar einen Minimalkreislauf, so dass er durch den Rettungsdienst unter weiterlaufender Reanimation ein Akutkrankenhaus erreichte. Die Notechokardiografie zeigte dort, was ich vermutet hatte. Der linke Ventrikel war schwer kontraktile gestört und dilatiert. Der Mann verstarb nach wenigen Stunden. Die Angehörigen wurden von den Ärzten der Intensivstation gefragt, warum sein Herz nie untersucht und behandelt wurde.

Was können wir tun? Differenzen in der Sterblichkeit nach der Entlassung nach „Schlaganfall“ zwischen verschiedenen Kliniken sind bekannt. Es wäre vielleicht hilfreich, diesbezüglich nicht nur die Behandlungskonzepte zu vergleichen; die Diagnostik wäre hierfür ebenso zu evaluieren, auch die Auswahl der möglichen Ursachen, die vor der Entlassung abgeklärt werden sollten. Nach einer minutenlang anhaltenden Bewusstlosigkeit ist ebenso an eine Verlegung auf eine kardiologisch orientierte Station zu denken. Als Minimum könnte im Entlassungsbericht an den Hausarzt, die Notwendigkeit und Dringlichkeit weiterer Diagnostik aufgezeichnet werden.

Bei fehlendem Nachweis einer cerebrovaskulären Ursache wäre der stationäre Aufenthalt durch eine komplette Echokardiografie abzuschließen gewesen. Tatsächlich lese ich in manchen Leitlinien nur vom Ausschluss kardialer Thromben. Diese diagnostische Kapazität wird oft überstrapaziert, weil sie reflexartig angefordert wird, anstatt regelhaft an den Nachweis eines ischämischen Herdes gekoppelt zu werden. Ande-

rerseits ist die Zuordnung der zeitlich begrenzten Bewusstlosigkeit, zum Beispiel bei kritischer und womöglich stummer Aortenstenose oder anderweitigem Low-Output-Syndrom, eine böse Falle, in die auch der versiertere Arzt tappen kann. Ähnliches ist mir bei „Epileptikern“ begegnet, deren Krampfanfälle oder besser Adam-Stokes-Anfälle auf Kammerflimmern bei Long-QT-Syndrom beruhten. Die Untersuchungen zu einschlägigen Herzrhythmusstörungen können sicher nach der Entlassung komplettiert werden; das übliche stationäre Rhythmusmonitoring erlaubt hier meist eine ausreichende vorläufige Einschätzung. Das als meine fachlichen Anmerkungen im Nachhinein.

Nun zur Ärzteschaft: Obwohl ich mehrere ähnliche „Fälle“ kenne, und selber einige verbockt habe, erscheinen sie kaum im CIRS. Es gestaltet sich dort ziemlich monoton: Verwechslungen, unerwartete Nebenwirkungen, Gerätefehleinrichtungen, Ausstattungsmängel und dergleichen Dinge, die „halt mal passieren können“ und bei denen der Arzt „den Umständen entsprechend“ handeln konnte.

Die Schilderung des allein ärztlichen Versagens fehlt weitgehend in den CIRS. Und ich schreibe also auch darüber, weil ich in meiner ärztlichen Umgebung hin und wieder die persönliche Bereitschaft zum kritischen Gespräch vermisste. Für die öffentliche Diskussion müssten sicher umfassendere Regeln ausgearbeitet werden.

Die ärztliche Tätigkeit, besonders im Notfallbereich, ist immer eine Gratwanderung. Nutzen wir genügend die negativen Erfahrungen?