

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, die Gutachterstelle meldet sich heute mit einem Fall aus dem Grenzbereich Innere Medizin/Neurologie. Zuvor jedoch, wie gewohnt, die Beurteilung des Falles, den wir Ihnen im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2022, vorgestellt haben (siehe QR-Code).

Zur Bewertung des Falles aus Heft 7/2022

Der 90-jährige Patient entwickelte bereits kurz nach der stationären Aufnahme ein Durchgangssyndrom, das zur Verschiebung der geplanten operativen Frakturversorgung zwang. Ein Warnsymptom, dass sehr nachdrücklich auf die eingeschränkte neuro-psychiatrische Belastbarkeit des Patienten hinwies. Die Anordnung zur postoperativen Schmerztherapie mit 15 mg Dipidolor 6-stündlich ist nach Gebrauchsinformation zulässig, der Hersteller weist aber darauf hin, dass bei älteren und geschwächten Patienten eine vorsichtige Anfangsdosierung empfohlen wird und die Gesamtdosis der Konstitution des Patienten anzupassen ist. Diese Warnhinweise wurden bei der postoperativen Applikation von 15 mg Dipidolor im 6-stündlichen Intervall wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die sich am ersten postoperativen Tag entwickelnde Vigilanzminderung sowie die Tachyarrhythmie sind nach Auffassung der Gutachterstelle, gestützt auf ein geriatrisches Sachverständigen Gutachten und die Diskussion im Sachverständigenrat, eindeutig Zeichen einer Opiatüberdosierung. Diese Überdosierung, möglicherweise getriggert durch die unzureichend überwachte Metoprololinfusion (auf Normalstation in bed-side Überwachung), hat in die reanimationspflichtige Situation geführt, die wiederum die cerebrale Asphyxie verursacht

und damit den weiteren Verlauf bestimmt hat.

Die Gutachterstelle hat dem beteiligten Haftpflichtversicherer die Anerkennung des Anspruches und die Regulierung empfohlen.

Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Die Patientin ist Jahrgang 1973, sie hat keine wesentlichen Begleiterkrankungen, die in Rede stehende Behandlung erfolgte am 24. Februar 2020.

00.20 Uhr

Antragstellerin erwacht im häuslichen Umfeld und bemerkt eine motorische Schwäche der rechten Körperhälfte und Sprachstörungen → Anforderung Rettungsdienst, Transport in das regionale Krankenhaus (große Einrichtung der Grund- und Regelversorgung, die Einrichtung verfügt nicht über eine neurologische Fachabteilung)

1.28 Uhr

Eintreffen in der Notaufnahme des Antragsgegners, zu diesem Zeitpunkt keine senso-motorischen Defizite mehr nachweisbar

1.44 Uhr

cCT mit Angio-CT, kein Hinweis für akute Ischämie oder Hirnblutung, keine Gefäßstenosen oder Arterienverschlüsse → keine Indikation für Lysetherapie oder Telekonsil, EKG, Paraklinik, Kreislaufparameter unauffällig

3.45 Uhr

Verlegung auf internistische Normalstation unter Verdacht TIA, kein Monitoring

6.00 Uhr

Patientin informiert das Pflegepersonal über eine erneute Verschlechterung mit erneuter Halbseitensymptomatik

(nach Angaben der Patientin seit circa 4.00 Uhr einlaufend)

7.00 Uhr

Information des Bereitschaftsarztes

8.28 Uhr

CT Kontrolle – keine neuen Gesichtspunkte (ärztliche Anordnung der Untersuchung 7.00 Uhr)

9.24 Uhr

Tele-Konsil (SOS-NET) mit Neurologie (Maximalversorger), keine Lyseindikation, Sekundärprophylaxe mit ASS und Atorvastatin

10.30 Uhr

Verlegung Neurologie mit kontinuierlichem Monitoring für Schlaganfall

14.15 Uhr

Rechter Arm kann nicht mehr bewegt werden, CT Kontrolle mit Demarkierung eines 8 x 4 mm großen Hirninfarktes im Nucleus lentiformis li., nochmals Konsultation des SOS-NET, zusätzlich Plavixtherapie

Nachfolgend Reha-Behandlung, partielle Remission der Defizite

Die Antragstellerin beklagt eine unzureichende Versorgung, insbesondere das Unterlassen einer Lysetherapie.

Wie beurteilen Sie diesen Behandlungsverlauf? Wir freuen uns auf Ihre Diskussion. ■

Dr. med. Rainer Kluge
Vorsitzender der Gutachterstelle für
Arzthaftungsfragen
E-Mail: gutachterstelle@slaek.de



„Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle“,
Heft 7/2022