

# Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserbriefe zum aktuellen Fall der Gutachterstelle „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2022, Seite 10

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge, das Dilemma fängt – mit Verlaub – bereits mit Ihrer Einleitung „Grenzbe- reich Innere Medizin/ Neurologie“ an. Es geht bei dem Fall um etablierte Schlaganfallbehandlung, für die unser medizinisches System mit viel Auf- wand personalintensiv Spezialabteilun- gen („Stroke units“) vorhält, es handelt sich um evidenzbasierte Medizin – da gibt es kein ‚Grenzgebiet‘.

Das ist die mir vielleicht wichtigste Botschaft meines Kommentars, zur Erläuterung:

0.20 Uhr stellte sich bei der damals 47-jährigen eine sogenannte Wake up-Stroke-Situation dar. In allen sächsi- schen Regionen liegen und lagen auch 2020 Verfahrensanweisungen zum Um- gang mit Patienten und Patientinnen mit akutem neurologischem Defizit, an- nehmbar Schlaganfall beziehungs- weise ‚TIA‘ vor; warum der Rettungs- dienst die Patientin nicht in ein Zent- rum mit Stroke unit eingeliefert hat, ist nicht nachvollziehbar, wahrscheinlich aber nicht justiziabel.

Nach sehr schnellem CT mit CT-Angio- grafie wird aus unerklärlichen Gründen im erstversorgenden Krankenhaus kein neurologisches Tele-Konsil, Anbindung an SOS-NET vorhanden, durchgeführt;

ist dies einem omnipotenten Internis- ten nicht zuzumuten oder fehlt einfach das Wissen, dass ‚TIA‘-Patienten in den nächsten Stunden besonders für das Auftreten dann manifester Schlagan- fälle prädestiniert sind, damit am meis- ten zu verlieren haben, gerade eine 47-jährige! – deshalb dann auch: kein Monitoring?!

Aus Sicht des Neurologen und Gutach- ters: ‚es waren keine senso-motori- schen Defizite mehr nachweisbar‘, war das, wie es gern heißt: ‚grobneurolo- gisch‘, was war mit Feinmotorik der Hand, mit einer noch nicht optimalen Sprachentfaltung, holperte die nicht doch ein wenig?? – wo bleibt der Fach- arztstandard Neurologie in der Beur- teilung (s. Telekonsil!), wäre also eine frühe Thrombolyse bei dem kritischen Blick des Fachmanns mit, wenn auch subtiler Restsymptomatik, indiziert ge- wesen – eingedenk, dass ein Drittel nicht lysierter, leicht betroffener Pati- enten sich sekundär verschlechtern!

Und eben das, was dann passiert, wäre auf einer Stroke unit komplett anders gelaufen. Bei erneutem Benennen einer nunmehr seit 2 Stunden bestehenden Symptomatik wird – nur noch mal fürs Protokoll: eine Stunde später!!, 7 Uhr, der Arzt informiert, 8.28 Uhr die CT-

Kontrolle durchgeführt (Zeitfenster für Thrombolyse damit formal gerade geschlossen!), um dann 9.24 Uhr ein neurologisches Tele-Konsil zu veran- lassen – auf Stroke unit hätten ge- schultes Pflegepersonal („stroke nur- ses“) mit direktem Stroke-Arzt beziehungsweise -Ärztin nach spätestens 30 min (Anfahrzeit MTA-R, Anlaufzeit MRT), also 6.30 Uhr, ein cMRT unter der Frage der nunmehr indizierten Throm- bolyse ermöglicht, die dann bis 7.00 Uhr hätte gestartet werden können, da war im diskutierten Fall noch nicht mal der Arzt informiert!

Weiter: Inwieweit die Gabe doppelter Thrombozytenaggregationshemmung vor Verlegung auf Normalstation unter dem Gedanken des seit 2019 etab- lierten Konzepts der ‚high risk‘-TIA (ABCD2-Score durchaus 4; einseitige Schwäche = 2, Dauer aus dem Schlaf > 60 min. = 2) das zweite, bleibende Ereignis hätte verhindern können, bleibt offen, aber das Wissen dazu hätte da sein oder per Tele-Konsil eingeholt werden müssen.

Ein Kavaliersdelikt? – mitnichten: In einem ähnlichen Fall (LG München II, Urteil vom 10.5.2022, Az 1 O 4395/20, nach ChefÄrzteBrief 11/2022, S. 6–7) wurde das erstversorgende Kranken-

haus zu Schadensersatz verklagt, es übernimmt die ‚vollumfängliche Behandlungsverantwortung‘, im hier diskutierten Fall hat es sich annehmbar nicht an die in Kooperationsvereinbarungen geregelte Vorstellung von Patientinnen und Patienten mit akutem neurologischen Defizit gehalten. Da es sich bei Verdacht auf einen Schlaganfall, und dazu gehören auch die gemeinhin immer noch als ‚TIA‘ bezeichneten Ereignisse, um ein lebensbedrohliches Krankheitsbild handelt, hat der fachärztliche Schlaganfall-Sachverständige unverzüglich eingeholt zu werden.

Zusammenfassend ist der Betroffenen Recht zu geben, wenigstens die Chance auf eine suffiziente Therapie wurde ihr vorenthalten, inwieweit diese mittels systemischer Thrombolyse auch erfolgreich gewesen wäre und wer juristisch im Detail betroffen ist, wird zumindest im oben genannten Urteil durchaus deutlich und ... m. E. zu Recht – passieren dürfen solche Nachlässigkeiten in keinem Fall (mehr), damit zurück zu meiner Einleitung und auch meiner emotionalen Betroffenheit: wir sehen leider viel zu viele Hirninfarkte, insbesondere eben nach nur passager klinischem Ereignis (‚TIA‘), die hätten verhindert werden können, dazu klären wir als Schlaganfall-Experten die Bevölkerung regelmäßig auf – Ärztinnen und Ärzte und Pflegenden anderer Fachbereiche nicht genug?

Dr. med. Alexander Reinshagen, Leipzig

Werte Kolleginnen und Kollegen, aus rechtlicher Sicht ist der Sachverhalt relativ eindeutig.

In der S2-Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, Version 2021, wird gefordert, dass Patienten mit einer TIA-Symptomatik innerhalb der letzten 48 Stunden umgehend auf einer Stroke Unit behandelt werden sollen. Dies ist nicht erfolgt. Es fand auch kein Monitoring statt. Das Wie-

derauftreten von Symptomen um 6.00 Uhr, die zu einem Telekonsil mit der Neurologie um 9.24 Uhr geführt haben, betrug 3,5 Stunden, dies ist zu lang.

Aufgrund dieser beiden Fakten hat die Gutachterstelle sicherlich keine andere Möglichkeit, der beteiligten Haftpflichtversicherung die Anerkennung des Anspruchs und die Regulierung zu empfehlen.

Aus meiner Sicht hat der Fall jedoch noch eine andere Dimension – da sich die Behandlungsmöglichkeiten des Schlaganfalls in den letzten Jahren deutlich verbessert haben, müssen wir uns fragen, ob die Versorgung dieses neurologischen Krankheitsbildes von einem Krankenhaus ohne neurologische Abteilung geleistet werden kann. Mit der Festlegung der S2-Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls alle akuten Schlaganfallpatienten auf einer Stroke Unit zu behandeln und Patienten mit TIA-Symptomatik innerhalb der letzten 48 Stunden ebenso, sind die Ressourcen zum Beispiel an unserem Hause ohne neurologische Abteilung erschöpft. Eine entsprechende Überwachung müsste auf unserer Intensivstation erfolgen. Dort fehlen eindeutig die Überwachungs Kapazitäten.

Zeitnahe Untersuchungen mittels CT oder MRT korrelieren mit den anderen Aufgaben eines Hauses der Grund- und Regelversorgung, dass oftmals die Zeitspannen schon aus organisatorischen Gründen gar nicht eingehalten werden können.

Auch das Urteil vom Landgericht München II vom 5. April 2022, in dem noch einmal klargestellt wurde, dass im Falle einer Schlaganfallbehandlung durch eine internistische Abteilung unter telemedizinischer Hinzuziehung von Neurologen und/oder Radiologen nicht bereits durch die Vereinbarung, leitlinienkonform behandeln zu wollen, die Beteiligten ihrer Organisations- und Koordinationspflicht genügen.

Wenn also generell den Häusern keine Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, die leitliniengerechte Behandlung eines Schlaganfallpatienten zu gewährleisten und die entsprechenden Häuser vor solchen Klagen zu schützen, halte ich die Infragestellung der Behandlung von Schlaganfallpatienten durch internistische Abteilungen generell für diskutabel. Es verlangt auch niemand von neurologischen Abteilungen akute Herzinfarkte oder gastrointestinale Blutungen leitliniengerecht zu versorgen.

Ich würde mich über eine breite Diskussion freuen.

Dr. med. Egbert Heinrich Eggers, Torgau

Sehr geehrte Damen und Herren, ich bin zwar eher fachfremd (Assistenzarzt für Kardiologie), aber ich würde gern meine Meinung hiermit mitteilen. Im Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung haben die behandelnden Ärzte gemacht, was sie konnten. Dennoch sollte sie lieber gleich auf ein Krankenhaus mit neurologischer Abteilung beziehungsweise Schlaganfall-Einheit verlegt werden. TIA ist eine ernsthafte Diagnose, die genauer untersucht werden soll. Die Diagnostik sollte früh auch mit einer transthorakalen Echokardiographie eventuell transösophageal zum Ausschluss LAA- oder allgemein intrakardialen Thrombus ergänzt werden. Ich halte die Entscheidung für keine Lysetherapie und dafür die von einer Sekundärprophylaxe mit ASS zu dem Zeitpunkt für richtig.

Gilbert Lantigua R., Dresden



Fall der Gutachterstelle,  
Heft 10/2022