

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, die Gutachterstelle möchte Ihnen wieder einen Fall vorstellen, der uns zur Beurteilung vorgelegt wurde. Die Problematik ist in der Inneren Medizin/Gastroenterologie angesiedelt, betrifft aber auch die Viszeralchirurgie.

Wie gewohnt aber zuvor unsere Bewertung des im Heft 7/2023 dargestellten Falles von schweren Herzrhythmusstörungen bei einem hochbetagten, demenzpatienten. Zu dieser Veröffentlichung sind uns relativ viele Zuschriften zugegangen (Leserbriefe siehe Seite 24 f.), offenbar ist die angesprochene Problematik doch sehr praxisrelevant.

Zu beurteilen war zunächst die erfolgte internistische Behandlung, die die Gutachterstelle gestützt auf unseren Sachverständigen und die Diskussion im Sachverständigenrat als unzureichend beurteilt hat. In Anbetracht der bekannten bradykarden Herzrhythmusstörungen hätte nach dem Sturzereignis eine weitergehende kardiologische Diagnostik erfolgen müssen, um eine kardial bedingte Synkope auszuschließen.

Die zur Aufnahme führende klinische Symptomatik war als typisch für eine Bradykardie anzusehen. Die im EKG nachgewiesene Bradyarrhythmie bei Vorhofflimmern war in Kombination mit der klinischen Symptomatik funktionell einem AV-Block III. ° gleichzusetzen, womit eine Indikation zur Schrittmacherversorgung gegeben war. In Anbetracht der fortgeschrittenen Demenz wäre in Absprache mit den Angehörigen nach Risikoauflärung ein Verzicht auf die Schrittmacherversorgung möglich gewesen, in den Unterlagen finden sich jedoch keinerlei Hinweise

für eine solche Kommunikation. Zu beurteilen war weiterhin, ob diese fehlerhafte Behandlung als ursächlich für den infolge eines späteren Sturzereignisses eingetretenen Todesfall anzusehen war. Die Rechtsprechung fordert für die Anerkennung eines Haftpflichtschadens den Nachweis eines kausalen Zusammenhanges zwischen der Fehlbehandlung und dem geltend gemachten Schaden. Einen solchen kausalen Zusammenhang zwischen der unterbliebenen Schrittmacherversorgung und dem später aufgetretenen sturzbedingten Todesfall konnte die Gutachterstelle in Anbetracht des demenzbedingt ohnehin hohen Sturzrisikos nicht bejahen. Mithin wurde zwar eine Fehlbehandlung bestätigt, jedoch ohne kausale Schadensfolge.

Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Patientin Jahrgang 1934, insulinpflichtiger Diabetes mell., Demenz, latente Hyperthyreose

10/2017

Behandlung bei AG wegen rezidivierendem Erbrechen und subfebrilen Temperaturen bei Exsikkose.

Zu diesem Zeitpunkt bekannte Cholezystolithiasis.

Therapie: endoskopische Papillotomie mit mechanischer Lithotripsie der erreichbaren Konkrementen und Einbringen einer DHC Endoprothese 10x10 French, zahlreiche Konkrementen verblieben in situ.

Geplante Wiederaufnahme zur Fortsetzung der Steinextraktion 1/2018.

1/2018

Geplante ERCP mit Entfernung weiterer Steine und Wechsel des Stents, Sanierung des Steinleidens nicht möglich.

In der Folgezeit ERCP mit Stentwechsel

in 3-monatigem Intervall, Komplettsanierung wurde nicht erreicht.

2/2019

Wechsel der DHC-Endoprothese → Einlage von 2 Endoprothesen als endgültige Versorgung der hochbetagten multimorbiden Patientin, kein weiterer geplanter Wechsel, Wiedervorstellung nur bei Komplikationen. Zu diesem Zeitpunkt weiterbestehende Cholezysto- und Choledocholithiasis.

13. Juni 2020

Aufnahme der Patientin über Rettungsdienst wegen Ober-/Unterbauchbeschwerden rechts.

Nach analgetischer Behandlung (NFA) deutliche Besserung, Paraklinik unauffällig, sonographisch Cholezystolithiasis → Aufnahme auf Normalstation.

14. Juni 2020

In der Folgezeit Ansteigen der Cholestase- und Entzündungsparameter, Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit respiratorischer Insuffizienz, Temperaturen bis 39°C, Antibiose geplant, Einleitung nach Rö-Thorax und Urinbefund.

Beginn Antibiose mit Ceftriaxon (genauer Zeitpunkt nicht bekannt, ca. 30 h nach der stat. Aufnahme).

15:58 Uhr

Notfall-ERCP in ITN, nachfolgend Versorgung auf ITS, Wechsel der Antibiose auf Piperacillin/Tazobactam.

15. Juni 2020

Pat. zunächst stabil, Nachweis grampositiver Stäbchen in der Blutkultur; im Tagesverlauf Entwicklung eines Delirs.

20. Juni 2020

Nach zwischenzeitlicher Besserung wieder Verschlechterung des Zustandes mit zunehmender respiratorischer

Insuffizienz, Therapiezieländerung gem. Patientenverfügung und nach Rücksprache mit dem Antragsteller auf palliative Versorgung.

21. Juni 2020

Tod der Patientin.

Der Antragsteller macht dem Antragsgegner zum Vorwurf, den Tod der Patientin durch eine bei korrekter Thera-

pieplanung verhinderbare Sepsis infolge Cholangitis verursacht zu haben.

Wie beurteilen Sie die Therapieplanung und den Behandlungsverlauf? Wir freuen uns wie immer auf Ihre Diskussion. ■

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



Zum Nachlesen: Fall der Gutachterstelle
aus Heft 7/2023