

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserzuschriften zum aktuellen Fall der Gutachterstelle im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2023, Seite 28

Sehr geehrte Damen und Herren, zunächst möchte ich mich bei Ihnen für die Veröffentlichung der Fälle im „Ärzteblatt Sachsen“ bedanken.

Zum in der Ausgabe 07/2023 veröffentlichten Fall möchte ich gern meine persönliche Meinung beitragen:

Die Witwe stellt ihre Argumentation darauf ab, dass die Bradykardie Ursache für den schlussendlich tödlichen Sturz gewesen sei. Damit müsste nach meinem Dafürhalten eine (Prä-)Synkope eingetreten sein. Davon ist jedoch in der Vorgeschichte nichts berichtet. Vielmehr sind Stürze insbesondere bei Älteren häufiger durch allgemeine Kraft- und Koordinationsprobleme im Rahmen einer progredienten Gebrechlichkeit begründet. Im vorliegenden Fall wird bei der stationären Aufnahme auch von Kraftlosigkeit bei normalen RR-Werten berichtet.

Ich in dem Fall hätte versucht, die Ursache der rezidivierenden Stürze zu eruieren im Sinne einer Unterscheidung (Prä-)Synkope versus Frailty und bei fehlenden Hinweisen auf erstere ebenso auf weiterführende Diagnostik und Implantation eines Schrittmachers bei fehlender Indikation verzichtet.

Stefan Böhme, Görlitz

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge, bei der Anamnese ist die PM-Indikation meines Erachtens ein Grenzfall. Wichtiger erscheint mir, die Medikation (7 Medikamente!) bei der Diagnose schwere Alzheimer-Demenz zu hinterfragen. Bringen Galantamin und Cipralex wirklich eine Besserung? Ist Ramipril bei dem älteren Patienten mit Sturzneigung, vielleicht Schwindel indiziert?

Sind die Medikamente insgesamt mit ihren Nebenwirkungen die Ursache der Stürze? Was war die Ursache des Sturzes während des stationären Aufenthaltes?

Wie hat sich sonografisch der Verdacht auf chronische Nierenerkrankung bei normalen Laborwerten gezeigt?

Wurde der Patient bei der schweren Demenz nur halbherzig untersucht und behandelt? Ich hoffe nicht.

Dipl.-Med. Gisela Hähnel, Thalheim/Erzgeb.

Sehr geehrte Damen und Herren, für mich als niedergelassener Allgemeinmediziner lag keine Indikation zur HSM-Anlage im hiesigen Krankenhaus vor. Wenn ja, dann hätte schon 2019, als der Patient wahrscheinlich noch in einer besseren Verfassung war, eine Implantation erfolgen können. Lag 2019 aber eine entsprechende Patientenverfügung vor, dann wäre auch da eine HSM-Versorgung kontraindiziert gewesen. Fraglich ist auch, ob ein HSM bei schwerer Demenz das Problem der schweren Stürze vollständig behoben hätte, zumal die Ursache dieser vielfältiger Natur sein können.

Das Hauptproblem der Kasuistik liegt doch offensichtlich in der verordneten Medikation. Eine Gabe von Lixiana und ASS bei einer schweren Demenz mit Sturzneigung stellt für mich eine absolute Kontraindikation dar. Weiterhin ist die Gabe von Cipralex, gerade bei einer agitierten Demenz (die Form der Demenz wird in der Kasuistik leider nicht beschrieben), äußerst kritisch zu werten.

Die Gabe von Simvastatin sehe ich bei diesem Krankheitsbild als überflüssig

an, eher überwiegen hier die möglichen Nebenwirkungen.

Der Tod trat letztendlich nach einem schweren SHT bei wiederholten Stürzen auf. Ob eine Hirnblutung die Folge war, kann aus der Beschreibung nicht entnommen werden. Wenn ja, ist mit ziemlicher Sicherheit die duale Antikoagulation dafür verantwortlich.

Yves Reinhardt, Radeberg

Sehr geehrte Damen und Herren, in dem geschilderten Fall argumentiert die Witwe des Patienten, dass 1) die Indikation zur Schrittmacherversorgung hätte gestellt werden müssen, und 2) dies den Sturz ihres an fortgeschrittener Alzheimer Demenz erkrankten Ehemannes mit tödlichen Ausgang verhindert hätte.

Zu Punkt 1: Aus den geschilderten Daten ergibt sich nicht zwingend die Schrittmacher-Indikation.

Zu Punkt 2: Zivilrechtlich läge die Beweislast bei der Witwe. Da der Ehemann mit fortgeschrittener Demenz als Grunderkrankung per se ein Sturzrisiko hatte, ist der Beweis einer kardiogenen Synkope versus alternativen Szenarien, zum Beispiel Stolpersturz oder orthostatische Synkope bei Dehydratation selbst bei Beobachtung des Ereignisses nicht möglich.

In der oben genannten Konstellation hätte sich zum Entlassungszeitpunkt des Patienten meistens durch Kommunikation mit den Angehörigen ein Konsens erzielen lassen, das bei fortgeschrittenen und irreversiblen geistigen/körperlichen Abbau invasive lebenserhaltende Maßnahmen im Sinne des

Patienten unterbleiben und palliative Maßnahmen Vorrang haben.

Dass ein Dissens vorlag, kann unterschiedliche Ursachen haben. Hier kann man nur mutmaßen. Es kann sein, dass die Ehefrau nicht wusste, dass die Alzheimer Demenz ihres Mannes nicht heilbar ist und fortschreiten wird. Wahrscheinlich wusste sie auch nicht, dass eine prolongierte Hospitalisation ihres Mannes nur unter Antipsychotika möglich gewesen wäre (in diesem Fall Risperidon). Bei nicht kooperativen Patienten wäre die HSM Implantation a.e. in Vollnarkose erfolgt. Postoperativ wäre eine Zunahme des Delirs wahrscheinlich, mit Eigen- und Fremdgefährdung, im schlimmsten Fall mit anschließender Ergreifung freiheitsentziehender Maßnahmen, zum Beispiel 5 Punkt Fixierung, Sondenernährung, Aspirationspneumonie, Bettlägerigkeit etc. und einer Minderung der Lebensqualität und Verkürzung der Lebenszeit hierdurch.

Das Beispiel verdeutlicht, wie wichtig die Kommunikation mit Angehörigen/Betreuenden von nicht einwilligungsfähigen Patienten ist. Dies benötigt Zeit des Arztes/der Ärztin und auch die Verfügbarkeit des/der Betreuenden. Ersteres müssen wir uns nehmen, zweiteres muss der/die Betreuende sicherstellen.

Fußnote 1: SSRI Medikation bei VTs und Bradykardie ist zumindest kritisch zu hinterfragen (QT Zeit?), kann aber wiederum aufgrund individueller psychopathologischer Gegebenheiten alternativlos sein.

Fußnote 2: Indikation der Kombination aus DOAK und ASS anhand der Daten unklar.

In Kombination mit SSRI erhöhtes Blutungsrisiko.

Dr. med. Sebastian Tuve, Dresden

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge, und wieder das Dilemma mit der Einleitung: „Bereich Innere Medizin/ Geriatrie“, komplett außer Acht lassend, dass der damals 77-jährige „schwer Demente“ in der Klinik ein drittes und eben nicht nur zentral-nervös wirkendes Medikament erhielt. Wie in unserem hochgestylten System so viele Fehler auf einmal passieren können, ist unvorstellbar, aber wohl wenig justiziabel. Der schwer demente 77-Jährige kommt wegen „Kraftlosigkeit und Schwäche“ bei offensichtlich kompensierter Bradyarrhythmie in die Klinik – gibt es eine relevant erklärende Entlass-Diagnose? Sind die Symptome gegebenenfalls einfach nur Ausdruck von schwerer Demenz, Gebrechlichkeit?

Vor allem: Wer hat je auf die Medikation geschaut – Galantamin ist bei „schwerer“ Demenz 1. nicht zugelassen, macht 2., wie fast alle ZNS-wirksamen Medikamente, kardiale Reizleitungsstörungen, hier: Bradykardie und VES – upps (was auch schon vor dem Beschluss des BfArM von 4/21 bekannt war, weil halt cholinerg) – formal Kunstfehler, aggraviert durch nicht nur das Fortführen von CipraleX® (Escitalopram; welche Indikation?), das Reizleitungsstörungen bedingt/bedingen kann, nein, man versucht gleich noch den Todesstoß mit (wodurch indiziertem?) Risperdal, um auch noch QT komplett aus dem Ruder laufen zu lassen (Rote Hand-Brief zu Escitalopram 12/2011: „... Anwendung von Escitalopram mit anderen Arzneimitteln, die ... das QT-Intervall verlängern, ist kontraindiziert). Hätte der Patient Risperdal nach Entlassung weiter genommen, wäre die verordnende Klinik durchaus belangbar gewesen! Weiter: Warum nimmt ein schwer dementer Sturzgefährdeter neben dem indizierten Apixaban (s. AAR) noch zusätzlich ASS, ein relevantes kardiovaskuläres Hoch-Risiko ist zumindest nicht benannt.

Letztendlich sind wiederholt Stürze unklarer Zuordnung – hierfür findet sich nicht mal ein diagnostischer Denkansatz – aufgetreten (schwer Demente stürzen durch ihre schwere Demenz, Gebrechlichkeit oder auch Komorbiditäten). Für die Ursachenabklärung von Stürzen im Alter und anderen relevant altersbedingten Problemen gibt es Akutgeriater, gegebenenfalls Neurologen, aber: in diesem Fall hätte ein beherrzter Internist nur mal die Medikation auf kardiale Nebenwirkungen durchsehen müssen (siehe unter anderem PRISCUS 2.0-Liste), hier leisten einschlägige digitale Helfer noch zu wenig. Es wird geschätzt, dass zumindest ein Drittel dieser Klientel auch neurologisch oder psychiatrisch gesehen werden sollte.

Der zum Tod führende Sturz ist nicht zwanglos der Bradykardie zuordenbar, damit der Klinik nicht vorwerfbar, allenfalls die durch den Hausarzt und die zuletzt versorgende Klinik unterlassene Ursachenklärung für die Stürze. Was wurde je zur Minderung des Sturzrisikos getan?

Dr. med. Alexander Reinshagen, Leipzig