

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, die Gutachterstelle lädt Sie wieder zu einer Falldiskussion ein.

Zuvor jedoch wie gewohnt unsere Bewertung des im Heft 7/2024 vorgestellten Falles einer Aortenklappenendokarditis trotz umfangreicher Differenzialdiagnostik. Der dargestellte Behandlungsverlauf hat gemessen an der Zahl der Zuschriften (siehe Seite 32 ff.) offenbar zu vielen Diskussionen geführt. Das Thema trifft also sehr die Interessenlage der hausärztlich tätigen Kollegen.

Bewertung des Falles aus Heft 7/2024

Grundlage ist wie immer ein Sachverständigengutachten aus dem Bereich Allgemeinmedizin und eine wie immer teils auch kontroverse Diskussion im Sachverständigenrat der Gutachterstelle. Die Gutachterstelle hat keine Fehlbehandlung durch den betreuenden Hausarzt festgestellt und dem Haftpflichtversicherer die Abweisung der erhobenen Ansprüche empfohlen. Ob der Antragsteller diese Entscheidung akzeptiert oder eine Prüfung auf dem Rechtsweg anstrebt, ist uns derzeit nicht bekannt.

Die Begründung unserer Entscheidung: Dem betreuenden Kollegen ist zunächst eine umfangreiche, zeitlich äußerst straffe Differenzialdiagnostik zu bestätigen. Für die schnelle Terminfolge war möglicherweise der „Privatversichererstatus“ des Patienten hilfreich. Eine zentrale Bedeutung in der Beurteilung des Falles kommt der konsiliarisch durch einen Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie am 12. März 2021 ausgeführten transthorakalen Echokardiographie zu. Der Konsiliar hat entschieden, es bei dieser Diagnostik zu belassen und keine transösophageale Echo-

kardiographie anzuschließen. Der angegriffene Kollege konnte sich in seiner Diagnostik auf diese Entscheidung verlassen. Eine Bewertung dieser Entscheidung war im Zuge dieses Verfahrens nicht möglich. Der betreuende Hausarzt war mit der zeitgerechten Überweisung in die kardiologische Mitbeurteilung in vollem Umfang seinen Verpflichtungen nachgekommen.

Mehrfach wurde in den Zuschriften Unverständnis darüber geäußert, dass keine stationäre Diagnostik erfolgte. Der Patient stand mit Hinweis auf die zum Behandlungszeitraum floride COVID-Pandemie einer stationären Einweisung äußerst kritisch/ablehnend gegenüber.

Die übrige Differenzialdiagnostik hat die Gutachterstelle als zügig, komplett und zielorientiert bewertet. Tragisch bleibt der Behandlungsverlauf in jedem Fall. Mit Glück und Intuition hätte dieser Verlauf möglicherweise verhindert werden können. Im stationären Setting wäre die Wiederholung der Echokardiographie mit transösophagealem Zugang bei sonst negativer Diagnostik vermutlich eine Selbstverständlichkeit gewesen. Im ambulanten Bereich ist dies nach einstimmiger Beurteilung durch Gutachter und Sachverständigenrat, bei unklarer Situation, nicht zu fordern. Sind ambulante und stationäre Diagnostik in ihrer Sicherheit etwa doch nicht gleichwertig? Vielleicht geht die Diskussion noch weiter. Wir laden gern dazu ein.

Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Unser neuer Fall führt in den Bereich Innere Medizin/Nephrologie/Anästhesiologie, speziell geht es um die Problematik der Anlage zentralvenöser Katheter.

Der Antragsteller ist Jahrgang 1958. Er leidet seit 2010 an einer Niereninsuffizienz (zum damaligen Zeitpunkt im St. III) bei bekannter mesangioproliferativer Glomerulonephritis. Begleitend sind eine Hypertonie und eine Hyperurikämie bekannt.

26. Mai 2022

Stat. Aufnahme bei akutem Nierenversagen (Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung) bei bekannter mesangioproliferativer Glomerulonephritis, initial Dialyse über Shaldon-Katheter, Katheteranlage über V. jugularis links ohne Probleme

10. Juni 2022

ca. 14.00 Uhr: geplanter Wechsel des liegenden Shaldon-Katheters auf Demerskatheter zur ambulanten Fortsetzung der Dialyse

Zunächst Punktion über V. subclavia rechts, zweiter Versuch über V. jugularis, Abbruch nach zwei frustrierten Versuchen: jeweils problemlose Gefäßpunktion und Platzierung des Seldinger-Drahtes, Dilatator ließ sich jedoch nicht vorschieben, Entfernung des Dilatators nicht möglich. System musste bei beiden Versuchen komplett entfernt werden (Draht + Dilatator). Punktion durch Facharzt für Chirurgie, Hinzuziehung eines Facharztes für Anästhesiologie

Wechsel auf die linke Seite bei dort liegendem Shaldon-Katheter, Einführen eines Seldinger-Drahtes in den liegenden Shaldon-Katheter und Einführen des Demerskatheters über den Seldinger-Draht ohne Probleme

Rö-Thorax-Kontrolle: keine Auffälligkeiten, kurzzeitige Überwachung auf ITS.

22.00 Uhr: Kreislaufdepression und generalisierter Krampfanfall
MRT Thorax: Mediastinalhämatom und Hämatothorax

→ Verlegung Thoraxchirurgie zur weiteren Versorgung

Thorakotomie: Verletzung des Tr. brachiocephalicus und der A. carotis li., Versorgung durch Patch und Übernä-
hung, Ausräumung des Hämatothorax.

Im weiteren Verlauf ITS-Versorgung mit Critical-Illness-Polyneuropathie, deutlich verzögerte Rekonvaleszenz.

Wie beurteilen Sie diesen Verlauf?
Wir freuen uns wie immer auf Ihre Diskussion. ■

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



Zum Nachlesen „Aktueller Fall der Gutachterstelle“, Heft 7/2024