

Behandlungsfehler in der Akutversorgung zerebrovaskulärer Erkrankungen

O. Busse (Berlin/Minden)

10. Jahrestagung der AG Neurologische Begutachtung

2./3. Mai 2008

Kongress Palais

Kassel

Eigener Fall

- 1999 -

- 80jährige Pat., Hypertonie, Z.n. Ulcusblutung 1998, pAVK, Myokardinfarkt?
- 2/99 Einweisung mit Diagnose Schlaganfall
- Aufnahme – diskrete Hemiparese links in Rückbildung, V.a. lak. Infarkt, VHF
- Entlassung ins Pflegeheim mit ASS 100 → 300mg
Information des Sohnes über eine mögliche Verschlechterung
- Am gleichen Tag Symptomzunahme
Tod im auswärtigen Krankenhaus
- Strafanzeige mit Verweis auf Zeitungsartikel

Gutachten:

- Entlassung entsprach nicht den derzeitigen Standards wegen nicht vorhersehbaren Verlaufs
- Unterlassung diagnostischer (CT) und Monitoring-Maßnahmen
- Das Alter eines Patienten ist kein Entscheidungskriterium für die grundsätzliche Krankenhausaufnahme
- Unterlassung hat wahrscheinlich den Krankheitsverlauf nicht beeinflusst.

Behandlungsfehler beim Schlaganfall - Gutachterausswahl -

- **Fachgleicher Gutachter**
- **Ggf. Ergänzungs-Gutachten zur Kausalität und zum Umfang des Schadensbildes**
- **Notfallversorgung im Bereitschaftsdienst (fachfremde Ärzte, z.B. HNO, Dermatologie): GA durch Allgemeinmedizin**
- **Kausalitätsüberprüfung bei festgestelltem Behandlungsfehler → Facharzt**

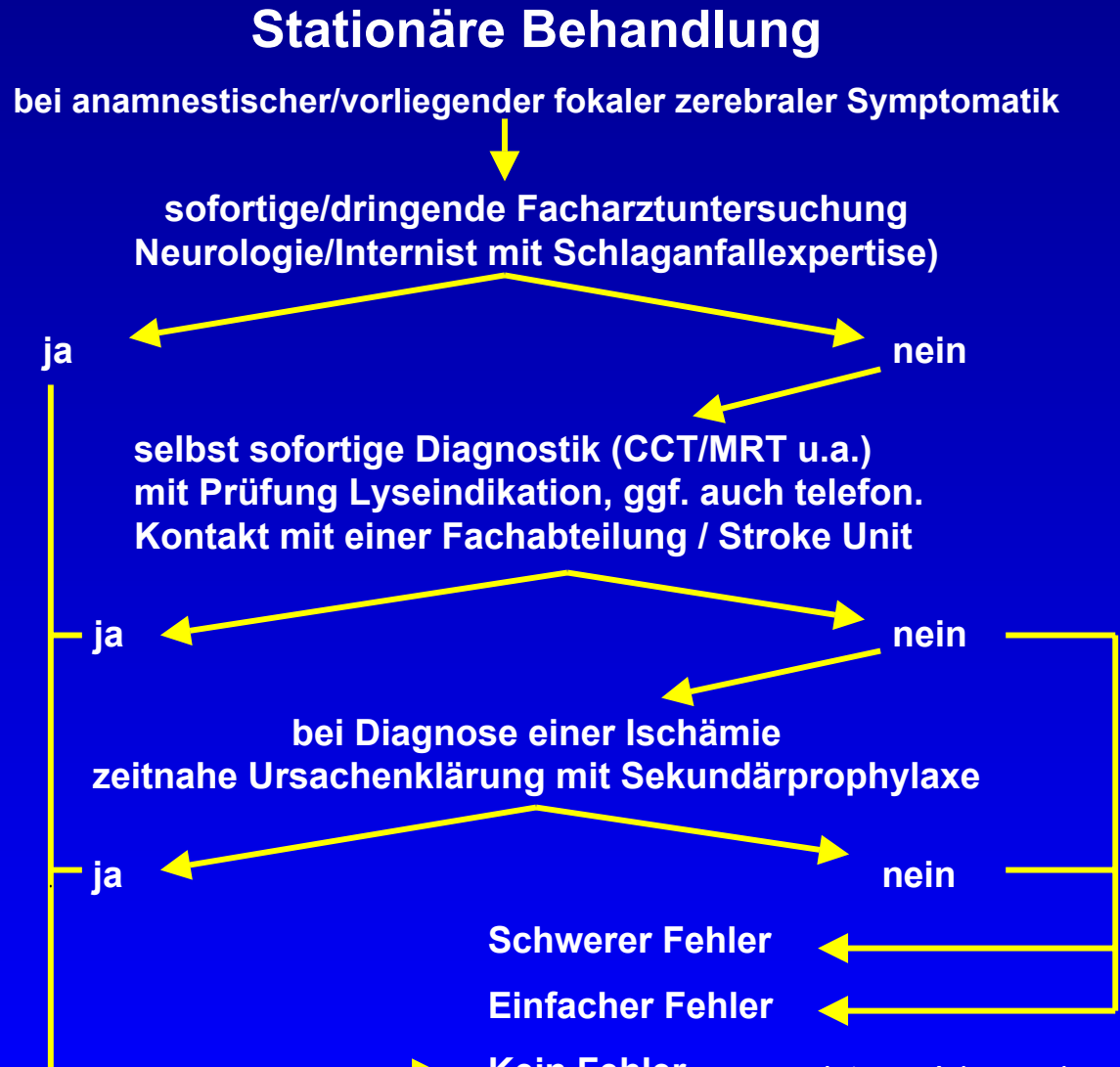
Stationäre Schlaganfallversorgung

Spezielle Probleme bei der Beurteilung von Behandlungsfehlern

- **Fachgleicher Gutachter**
- **Standards, Leitliniengerechtes Handeln**
- **Apparativer und personeller Mindeststandard (z.B. Notaufnahme, „Organisationsverschulden“)**
- **„Übernahmeverschulden“**

Stationäre Schlaganfallversorgung

Algorithmus zur Beurteilung von Behandlungsfehlern



Erklärungen zum Algorithmus

- 1. Im Fall eines „Schlaganfalls“, dessen Ätiologie oft eng mit Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems verzahnt ist, ist im stationären Bereich, z.B. im Rahmen einer hypertensiven Krise/eines hypertensiven Notfalls, zu überlegen, ob nicht anstelle des „Neurologen“ der Begriff „Arzt mit Schlaganfallexpertise“ z.B. bei Betreiben einer „Stroke Unit“ durch eine Innere Klinik, anzuwenden ist.**

Erklärungen zum Algorithmus

Der Begriff „zeitnah“ im Zusammenhang mit diagnostischen Maßnahmen (Überweisung zum Facharzt, apparative- und Labordiagnostik) wurde gewählt, da z.B. bei anamnestischer Angabe einer TIA vor einigen Tagen/Wochen trotz einer erhöhten Rezidivgefahr bzw. eines Schlaganfalls in den ersten Tagen nach erstem Auftreten allenfalls ein Untersuchungstermin am nächsten bzw. übernächsten Tag (z.B. nach einem Samstag/Sonntag) noch zu akzeptieren ist, wobei eine sofortige Sekundärprophylaxe mit Acetylsalicylsäure (ASS) 100 bzw. 300mg zu empfehlen wäre. Nicht mehr zu akzeptieren ist aus den o. g. Gründen ein Termin nach 1 Woche. Das Gleiche gilt auch für die apparative d. h. bildgebende (CCT/MRT) und Ultraschall-Diagnostik und den Ausschluß kardialer Emboliegenese.

Erklärungen zum Algorithmus

3. Der parallele Hinweis auf das Vorliegen eines „schweren“ bzw. „einfachen“ Fehlers soll darauf hinweisen, daß die Umstände vom Einzelfall abhängen.

Prüfliste

für die gutachterliche Beurteilung der stationären Schlaganfallversorgung

- Sofortige Bildgebung (DD Blutung – Ischämie)
- Überprüfung Lyse-Indikation
- Aufnahme/Verlegung SU-Int. (ext. – int.)
- Überwachung Vitalparameter
- Ultraschalldiagnostik
- Kardiale Diagnostik
- Labordiagnostik
- Frühe Sekundärprophylaxe
- Rehabilitative Maßnahmen

Behandlungsfehlertypen*

- Relevanz für die stationäre Schlaganfallversorgung -

- Diagnosefehler
- Nichterheben gebotener Befunde
- Fehlerhafte Indikationsstellung/Methodenauswahl
- Fehlerhafte Durchführung einer Maßnahme
- Fehlerhafte Nachsorge
- Delegations- bzw. Übernahmeverschulden
- Organisationsfehler
- Unzureichende therapeutische (Sicherheits-/Sicherungs) Aufklärung

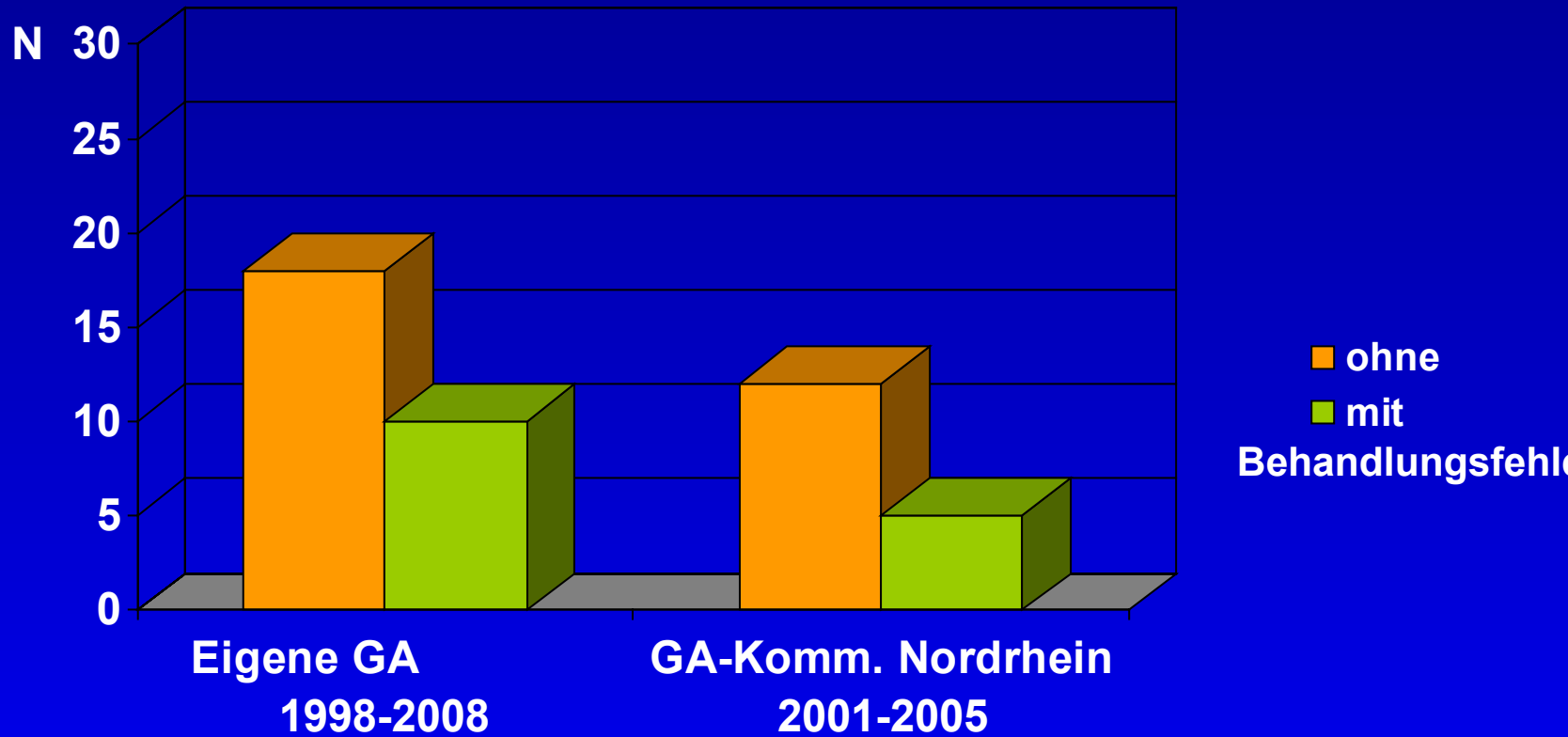
Behandlungsfehlertypen

- Eigene Beurteilungen 1998 – 2008 -

N=28

	Antrag	Beh.-fehler
Diagnosefehler:		
- Nichterheben gebotener Befunde	6	2
- Fehlinterpretation vorliegender Befunde	5	2
Fehlerhafte Indikationsstellung	2	1
Fehlerhafte Durchführung einer Maßnahme	2	1
Fehlerhafte Nachsorge	1	-
Delegations- bzw. Übernahmeverschulden	9	3+2
Organisationsfehler	3	-
Unzureichende Aufklärung	-	-
<hr/> Anderer Fachbereich	10	4

Behandlungsfehler in der Schlaganfallakutversorgung - Anerkennungsquote -



Behandlungsfehlertypen

- Eigene Beurteilungen 1998 – 2008 -

N=28

Antrag

Beh.-fehler

Diagnosefehler:

- Nichterheben gebotener Befunde

6

2

Nichterheben gebotener Befunde

75jähriger Pat. mit stationärer Vorsorgebehandlung in einem Herz-Kreislaufzentrum wegen koronarer Herzerkrankung. Dort existiert eine neurologische Reha-Abteilung. Neurologischer Konsiliardienst.

Nächtlich um 4.00 h verwaschene Sprache und Gangstörung
Diensthabende Kardiologin → Verlegung auf Wachstation
Um 5.00 h Rücksprache mit neurologischem Konsiliar
Empfehlung: abwartende Haltung (persönliche Untersuchung und CT im Laufe des Vormittags)

Gutachter und Schlichtungsstelle: Behandlungsfehler

Behandlungsfehlertypen

- Eigene Beurteilungen 1998 – 2008 -

N=28

	Antrag	Beh.-fehler
Diagnosefehler:		
- Nichterheben gebotener Befunde	6	2
- Fehlinterpretation vorliegender Befunde	5	2

Fehlinterpretation von Anamnese und Befund (Internist)

Einweisung in Internistische Klinik mit Schmerzen und „Wegknicken“ des rechten Beins. In der Aufnahme RR von 240/140 mmHg, außerdem Angabe eines komischen Gefühls rechter Arm und Bein. Orale Behandlung mit Antihypertensiva. Wegen Verdacht auf Schlaganfall – klinischer Befund o.B. – Durchführung eines CCT – normal!

Überwachungszimmer → engmaschige Kreislaufüberwachung → i.v. RR-Senkung

**Am nächsten Morgen schwere Hemiparese rechts
Vermeintlich als Folge der RR-Senkung**

Gutachter und Schlichtungsstelle:

Kein Behandlungsfehler, da verständlich, daß die Ärztin den drohenden Schlaganfall nicht erkannt hat.

Behandlungsfehlertypen

- Eigene Beurteilungen 1998 – 2008 -

N=28

	Antrag	Beh.-fehler
Diagnosefehler:		
- Nichterheben gebotener Befunde	6	2
- Fehlinterpretation vorliegender Befunde	5	2
Fehlerhafte Indikationsstellung	2	1

Fehlerhafte Indikationsstellung

59-jähriger Pat. Mit Schwindelerscheinungen und mehrfach Kribbeln im re. Arm i.d.Vorgeschichte

MRA: hochgradige Abgangsstenosen d. Karotiden

Nach 4 Tagen: Neurol. Aufnahme um 21:50 h mit diskreter Sprachstörung. Zuletzt ohne Symptome gesehen um 19:00h. CCT oB, Duplex: ACI li. oB, re. Nicht eindeutig. Keine Lyseindikation wegen geringfügiger Symptomatik und Überschreiten des Zeitfensters.

folgender Morgen: Jetzt leichte Koordinationsstörung re. Arm.
Duplex: ACI-Verschluß re., ACI-Stenose .li
MRA: Bestätigung bei offener MCA
Diagnose: frischer ACI-Verschluß

**Verlegung ins Nachbarkrankenhaus
zur Thrombektomie**

OP mit Fogarthy-Katheter

Komplikation: SAB

nach 2 Tagen Exitus

GA-Fragestellung: Behandlungsfehler in der Aufnahme-
situation und am folgenden Tag?

Meine Entscheidung: steht aus

Behandlungsfehlertypen

- Eigene Beurteilungen 1998 – 2008 -

N=28

	Antrag	Beh.-fehler
Diagnosefehler:		
- Nichterheben gebotener Befunde	6	2
- Fehlinterpretation vorliegender Befunde	5	2
Fehlerhafte Indikationsstellung	2	1
Fehlerhafte Durchführung einer Maßnahme	2	1

Fehlerhafte Maßnahmen und Organisationsverschulden

Aufnahme in eine Neurologische Klinik um 22.00 h mit Stroke Unit wegen Sensibilitätsstörungen des linken Armes.

**Aufnahmebefund: Sensibilitätsminderung linker Arm
RR systolisch 200 mmHg**

**Dringender Verdacht auf Schlaganfall. Deshalb Veranlassung eines CCT. Wegen eines Defektes Durchführung erst am nächsten Morgen vorgesehen. Weiterhin defekt, so daß mittags Verlegung in eine nahegelegene Neurologische Klinik. Ultraschalluntersuchung ebenfalls erst am folgenden Morgen:
Karotisverschluß rechts (Verdacht auf Dissektion)**

Gutachter: Kein Behandlungsfehler

Schlichtungsstelle:

**Organisationsverschulden des
Krankenhauses**

**Behandlungsfehler, weil keine unmittelbare
Verlegung in ein Krankenhaus mit
funktionstüchtigem CCT**

Behandlungsfehlertypen

- Eigene Beurteilungen 1998 – 2008 -

N=28

	Antrag	Beh.-fehler
Diagnosefehler:		
- Nichterheben gebotener Befunde	6	2
- Fehlinterpretation vorliegender Befunde	5	2
Fehlerhafte Indikationsstellung	2	1
Fehlerhafte Durchführung einer Maßnahme	2	1
Fehlerhafte Nachsorge	1	-
Delegations- bzw. Übernahmeverschulden	9	3+2

Übernahmeverschulden

In den frühen Morgenstunden Aufnahme in der Med. Klinik eines KH'es der Maximalversorgung (mit Neurologie und Stroke Unit): Diagnose: Schwindelerscheinungen bei hypertensiver Entgleisung

Am selben Abend gegen 23:45 h plötzliche Armschwäche links und Dysarthrie – sofortiges neurologisches Konsil keine Lyse, da Verdacht auf Vorsymptome

keine Verlegung in die Stroke Unit der Neurologie.

Verbleib des Patienten auf der Allgemeinstation

Nach 2 Std. Verschlechterung und jetzt Verlegung auf die Stroke Unit

Gutachter: Fehlerhaft, weil keine Verlegung auf die vorhandene Stroke Unit

Schlichtungsstelle: Folgt der Argumentation des neurologischen Chefarztes, daß die Behandlung auch in einer Med. Klinik mit Schlaganfallexpertise durchführbar ist

Übernahmeverschulden

52jähriger Pat. - Behandlung in Orthop. Psychosom. Klinik

Fahrradergometer: → Schwindel, Parese und Paraesthesien
linker Arm, um 11:00h

Stationsärztin diagnostiziert Schlaganfall. Leichte
Rückbildung. Information eines Neurologen.

Gutachter: Behandlungsfehler, Schlichtungsstelle: Nein

nach 2½ h neurolog. Untersuchung: Verdacht auf TIA

DD: Alkohol- oder Spätepilepsie

► keine Überweisung in eine Klinik mit Schlaganfallerfahrung

Am selben Abend akute Symptomverschlechterung

→ Neurologische Klinik

Gutachter und Schlichtungsstelle:

Behandlungsfehler

Behandlungsfehlertypen

- Eigene Beurteilungen 1998 – 2008 -

N=28

	Antrag	Beh.-fehler
Diagnosefehler:		
- Nichterheben gebotener Befunde	6	2
- Fehlinterpretation vorliegender Befunde	5	2
Fehlerhafte Indikationsstellung	2	1
Fehlerhafte Durchführung einer Maßnahme	2	1
Fehlerhafte Nachsorge	1	-
Delegations- bzw. Übernahmeverschulden	9	3+2
Organisationsfehler	3	-
Unzureichende Aufklärung	-	-
<hr/>		
Anderer Fachbereich	10	4

	18jähriger Patient
2/2000	operativer Verschluß Vorhofseptumdefekt
3 Tage später	„klonische“ Krämpfe, Streckmechanismen
14:15 Uhr	CCT o.B.
	nach 1h: Neurolog. Untersuchung
	therapieresistenter Status epilepticus
	MRT nicht möglich
	keine Lyseindikation
am nächsten Morgen	weiterhin komatös
14:00 Uhr	CCT: V. a. Basilarisverschluß
	Bestätigung durch Angio
	sofortige mech. Rekanalisation
	MRT: Infarzierung der Pons
	und der linken Kleinhirnhemisphäre

**Im weiteren Verlauf Komplikation
mit Herz-Kreislaufstillstand durch
Perikard-Tamponade**

GA-Fragestellung: Behandlungsfehler, weil mechanische
Lyse nicht zeitgerecht

Meine Entscheidung: Nein, da in jedem Fall Heilversuch
Aber: Fehldiagnose ohne gut-
achterliche Entscheidungsrelevanz

Problem: Fachgleicher Gutachter

**74jähriger Pat. Mit nächtlichem Drehschwindel von ½ Std.-
Dauer: Ambulante Untersuchung o.B.**

2 Tage später: Erneut Übelkeit und Erbrechen

Ärztl. Notdienst: Befund o.B. – Metoclopramid

**Am Folgetag erneute hausärztl. Untersuchung durch einen
Ausbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin.**

**Befund: Rötung des Gesichts und Halses mit Mißempfindun
in der linken Gesichtshälfte und rechten Arm.**

Verdachtsdiagnose: Arzneimittelnebenwirkung

Wenige Stunden später: Schwager vermutet Notfall

→ Einweisung in Neurologische Universitätsklinik

Diagnose: Wallenberg-Syndrom

**Gutachten für Schlichtungsstelle durch
Facharzt für Allgemeinmedizin**

Behandlungsfehler:

**Symptome eines Schlaganfalls wurden
übersehen. Gekreuzte neurologische Symptome
hätten an einen Schlaganfall denken lassen
müssen.**