

Versäumnisse in der Differentialdiagnostik bei Thorax- und Rückenbeschwerden

Verkennung einer tuberkulösen Spondylitis und Spondylodiscitis – Folge 11 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

*von Herbert Weltrich und Herwarth Lent**

Die Gutachterkommission hat häufig die Unterlassung differentialdiagnostischer Überlegungen beanstanden müssen. Bei rechtzeitiger sachgerechter Diagnostik wären in diesen Fällen gesundheitliche Schäden vermieden worden. Grundlage differentialdiagnostischer Entscheidungsvorgänge sind in aller Regel Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung, Röntgenbefunde und Ergebnisse von Laboruntersuchungen.

Die Gutachterkommission hatte vor kurzem folgenden Sachverhalt zu beurteilen, bei dem mehrere medizinische Fachgebiete betroffen waren. Aus den Krankenunterlagen der beschuldigten niedergelassenen Ärzte (Chirurg, Internist, Radiologe) und der nachbehandelnden Klinik ergab sich Folgendes:

Chirurgische Behandlung

Die 54-jährige Patientin suchte am 17. August erstmals wegen eines Knotens an der rechten Halsseite den Chirurgen auf. Dieser stellte eine tumoröse Schwellung fest, die die Haut bereits infiltriert und aufgebrochen hatte. Die histologische Untersuchung des biopsisch entnommenen Materials ergab eine subkutan-abszedierende, granulierende und granulomatöse Entzün-

dung ohne einen Anhalt für Malignität. Am 31. August entfernte der Arzt operativ den Weichteiltumor. Die histologische Untersuchung ergab dasselbe Ergebnis wie nach der Biopsie. In dem Bericht des Pathologen vom 7. September wird darauf hingewiesen, dass auch bei fehlendem Nachweis säurefester Stäbchen eine Tuberkulose nicht ausgeschlossen werden könne. Der Pathologe warf auch die Frage nach mediastinalen Lymphomen oder pulmonalen Veränderungen auf.

Weitere Diagnostik abgelehnt

Eine vom behandelnden Arzt am 22. September empfohlene weitergehende Diagnostik lehnte die Patientin ab. In der Dokumentation ist die Ablehnung vermerkt, jedoch findet sich keine Eintragung über einen Hinweis des Arztes über die nachteiligen Folgen einer unterlassenen Diagnostik.

Am 13. Oktober suchte die Patientin den Chirurgen wegen eines am 3. Oktober erlittenen Sturzes auf die rechte Thoraxseite erneut auf. Die Wunde am Hals soll zu diesem Zeitpunkt reizlos gewesen sein. Auf den an diesem Tage von ihm angefertigten Röntgenaufnahmen der knöchernen rechten Thoraxhälfte stellte der Arzt keine knöchernen

Verletzungsfolgen fest, so dass die Patientin bis zum 19. Oktober unter der Diagnose einer Thoraxwandprellung behandelt wurde.

Behandlung durch den Internisten

Am 13. November stellte sich die Patientin bei dem Internisten wegen anhaltender Beschwerden im rechten Brustkorb unter Einschluss des Narbengebietes am Hals (Zustand nach einer Lymphknotenexstirpation im August desselben Jahres) vor. Die Schmerzen strahlten in die Trapezius- und Pektoralismuskulatur aus und waren atemabhängig. Die Blutsenkungswerte waren deutlich erhöht (48/80 mm n. W.).

Die noch am selben Tag veranlasste Röntgenuntersuchung der Thoraxorgane ergab – nach der Beurteilung des Internisten – keinen krankhaften Befund. Der Arzt nahm eine Thoraxprellung mit einer Interkostalneuralgie an und führte über mehrere Wochen eine Therapie mit Massagen und intramuskulären Injektionen – Scandicain, Alloveran (Diclofenac-Na.), Vitamin B 12 – durch, ohne dass es zu einer nennenswerten Schmerzlinderung kam. Auch die weiteren Röntgenaufnahmen vom 16. Januar des folgenden Jahres ergaben nach seiner Ansicht keinen Anhalt

* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein; Dr. med. Herwarth Lent war von 1975 bis 1999 Mitglied der Gutachterkommission für das Gebiet Innere Medizin, seit 1983 war er Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied.

für einen akuten Krankheitsprozess.

Da im Januar die Wunde im Operationsbereich an der rechten Halsseite vom August noch nicht abgeheilt war, stellte der Internist die Patientin am 22. Januar nochmals dem Chirurgen vor. Dieser beabsichtigte eine erneute Röntgenaufnahme, die die Patientin unter Hinweis auf die Untersuchung vom 16. Januar ablehnte. Darauf ließ sich der Chirurg den Befund vom 16. Januar von dem Radiologen erläutern. Er sah keinen Anlass für weitere Untersuchungen.

Die Röntgenbefunde des Radiologen

Beide Röntgenuntersuchungen (13. November und 16. Januar) wurden von dem beschuldigten Radiologen durchgeführt. Der am 13. November erhobene Befund lautete: „Dysteletasen im Mittellappen; sonst regelrechter Herz- und Lungenbefund. Knöcherner Thorax im Hartstrahlbild altersentsprechend.“ Die Vorgeschichte mit der Schwelung und Operation an der rechten Halsseite war dem Radiologen nicht mitgeteilt und von ihm auch nicht eruiert worden.

Die am 16. Januar durchgeführten Röntgenaufnahmen des Thorax und der BWS wurden wie folgt beurteilt: „Thorax: Regelrechter Herz- und Lungenbefund. Keine frischen Infiltrate. Kleine Dysteletasen rechter Mittellappen. BWS in zwei Ebenen: Betonte Brustkyphose im oberen Abschnitt. Der 4. Brustwirbelkörper ist kaum abgrenzbar, vermutlich liegt ein Plattwirbel vor. Gewisse Gefügestörung in der Kyphosekontinuität. Sonst unauffälliges Skelettbild der BWS.“

Die Behandlung des Internisten endete am 6. Februar.

Akute Verschlechterung

Im weiteren Verlauf des Monats Februar zeigte sich eine zunehmende Schwäche im rechten Bein, die zum wiederholten Einknicken des rechten Knies führte. Am 22. Febru-

ar entwickelte sich eine rasch zunehmende rechts betonte Paraparese mit Sensibilitätsstörungen der unteren Körperhälfte. Die Patientin wurde in einer neurochirurgischen Universitätsklinik vorgestellt. Die dort untersuchenden Ärzte sahen auf den vorgelegten Röntgenaufnahmen des beschuldigten Röntgenologen sogleich einen pathologischen Befund am 4. Brustwirbel. Eine weitere Klärung erfolgte durch Computer- und Kernspintomographie. Die intraspinale Raumforderung in Höhe des Brustwirbelkörpers 3/4 wurde operativ behandelt. Es verblieb ein inkomplettes Querschnittssyndrom. Die feingewebliche Untersuchung des entnommenen Materials ergab die Diagnose „Knochentuberkulose“. Postoperativ wurde mit einer tuberkulostatischen Kombinationstherapie und wegen der bestehenden Paraplegie mit Rehabilitationsmaßnahmen begonnen.

Gutachtliche Beurteilung

In Übereinstimmung mit dem Gutachten eines radiologischen Fachsachverständigen stellte die Gutachterkommission gegenüber den beschuldigten Ärzten vorwerfbare Behandlungsfehler fest, da sie die Patientin nicht mit der gebotenen Sorgfalt untersucht und behandelt hätten. Die Vorwürfe im Einzelnen:

Chirurgische Behandlungsfehler

Dem Chirurgen ist vorzuwerfen, die nach einem im Oktober erlittenen Sturz am 13. Oktober gefertigten Röntgenaufnahmen der rechten Thoraxhälfte fehlerhaft beurteilt zu haben. Das führte dazu, dass weiterführende diagnostische Maßnahmen unterlassen wurden, die zwingend geboten waren, um die Ursache der Thoraxbeschwerden zu ermitteln.

Der Pathologe hatte schon in seinem vorhergehenden Bericht vom 7. September den Hinweis gegeben, dass – auf Grund der abszedierenden, granulierenden und granulo-

matösen Entzündung – auch beim Fehlen säurefester Stäbchen in der Biopsie aus dem Halslymphknoten eine Tuberkulose nicht ausgeschlossen werden könne.

Der Chirurg hatte zwar am 22. September eine weitergehende Diagnostik empfohlen, die nach seinem Vermerk von der Patientin abgelehnt worden sei. Es kann hier offen bleiben, ob die Patientin nicht doch zugestimmt hätte, wenn ihr der gebotene Hinweis gegeben worden wäre, dass hier auch an die Möglichkeit einer Knochentuberkulose zu denken sei.

Jedenfalls hätte der Chirurg die am 13. November gefertigten Röntgenaufnahmen mit größerer Sorgfalt beurteilen müssen. Die sagittale und schräge Aufnahme der rechten Thoraxhälfte zeigte nämlich eine eindeutige Höhenminderung und keilförmige Deformierung des 4. Brustwirbelkörpers im Vergleich zu dem darüber und darunter liegenden Brustwirbelkörper. In Verbindung mit dem erlittenen Sturz kam in erster Linie eine Kompressionsfraktur in Betracht. Anderweitige knöcherner Verletzungsfolgen sind an den abgebildeten Skelettabschnitten nicht zu erkennen. Der klare Befund einer keilförmigen Wirbelveränderung wurde von dem Chirurgen wegen mangelnder Sorgfalt nicht zur Kenntnis genommen, so dass eine weitere Diagnostik unterblieb.

Radiologische Beurteilungsfehler

Dem Radiologen ist vorzuwerfen, die am 13. November und 16. Januar vorgenommenen Thoraxaufnahmen fehlerhaft beurteilt zu haben. Die sagittale Aufnahme vom 13. November zeigt oberhalb des Aortenbogens eine nicht auszuschießende weichteildichte Verschattung. Nach der seitlichen Aufnahme vom 13. November liegt eine erhebliche keilförmige Deformierung und Sinterung des 4. Brustwirbelkörpers mit teilweisem Strukturverlust vor; eine sichere Beteiligung der angrenzenden Zwischenwirbel-

scheibenräume ist noch nicht zu erkennen.

Auf diese deutlich erkennbaren Veränderungen am 4. Brustwirbelkörper und die mutmaßliche linke paravertebrale Weichteilveränderung hat der Radiologe in seinem Befundbericht nicht hingewiesen. Das hatte zur Folge, dass dringend erforderliche weitere Untersuchungen schon zu diesem Zeitpunkt unterblieben.

Grob fehlerhaft war dann die Beurteilung der Thoraxaufnahmen vom 16. Januar. Nach der seitlichen Aufnahme ist im Vergleich zum Röntgenbild vom 13. November eine erhebliche Befundverschlechterung eingetreten. Die Strukturen des bereits damals veränderten Wirbelkörpers sind nahezu ausgelöscht; der darüber gelegene Wirbelkörper ist ebenfalls deutlich verändert. Hinzu kommen eine mehr weichteildichte Verschattung prävertebral in Höhe der beiden geschädigten Wirbel und eine auf der sagittalen Aufnahme oberhalb des Aortenbogens erkennbare, nach beiden Seiten hin konvexbogige weichteildichte Verschattung.

Die Brustwirbelsäulenaufnahmen bestätigen den ausgedehnten Wirbelsäulenprozess am 4. und insbesondere am 5. Brustwirbelkörper mit prä- und paravertebrale Weichteilinfiltration im Sinne eines sogenannten Senkungsabszesses. Der Radiologe hätte schon am 13. November und dann besonders eindringlich am 16. Januar auf die ossären Veränderungen mit Weichteilbeteiligung hinweisen müssen. Bei entsprechender weiterführender Diagnostik bereits nach dem 13. November wäre eine Klärung des Prozesses im oberen Brustwirbelkörperbereich möglich gewesen. Die dann einsetzende spezifische Therapie hätte die erst am 22. Februar beginnende Paraparese vermeiden lassen. Dies wäre möglicherweise auch noch nach dem 16. Januar erreicht worden, wenn dem Radiologen nicht die weitere nunmehr schwerwie-

gende Fehldiagnose unterlaufen wäre.

Behandlungsfehler des Internisten

Dem Internisten ist vorzuwerfen, dass er ungeachtet einer deutlich erhöhten Blutsenkungsgeschwindigkeit und permanenter umschriebener Rückenschmerzen der Patientin seine am 13. November beginnende – erfolglose – Behandlung auf intramuskuläre Injektionen beschränkte und jegliche differential-diagnostische Überlegungen unterließ. Dabei ergab sich aus dem ihm bekannten Bericht des Pathologen vom 7. September, dass eine Tuberkulose nicht auszuschließen sei.

Fehlerhaft war auch seine Bewertung der Röntgenaufnahmen vom 13. November und 16. Januar. Er durfte sich nicht ohne eine klärende Rücksprache mit dem Radiologen auf dessen fehlerhafte Beurteilungen blind verlassen. Zumindest die grobe Fehldiagnose vom 16. Januar hätte Anlass zu einer Kontaktaufnahme geben müssen, die vermutlich zu einer nochmaligen und nunmehr sorgfältigeren Beurteilung und damit zugleich zur weiteren Diagnostik geführt hätte. Anders als der Chirurg bei der Rücksprache am 22. Januar hatte der Internist die Aufnahmen vom 16. Januar unmittelbar vor Augen. Ihn trifft sonach, wenn auch nicht in der schwerwiegenden Form wie den Radiologen, ebenfalls der Vorwurf, die gebotene Sorgfalt nicht gewahrt zu haben.

Zusammenfassend kam die Gutachterkommission zu dem Ergebnis, dass die festgestellten vorwerfbaren Behandlungsfehler der drei Ärzte zu dem eingetretenen Gesundheitsschaden geführt haben, da bei Beachtung der erforderlichen Sorgfalt die Diagnose der tuberkulösen Spondylitis und Spondylodiscitis rechtzeitig gestellt und durch eine danach eingeleitete sachgerechte Therapie die Entstehung der Paraplegie verhindert worden wäre.

Die Gutachterkommission hat damit die Kausalitätsfrage uneingeschränkt bejaht. Hierzu ergänzend löst der grobe Behandlungsfehler bei der Beurteilung der Röntgenaufnahmen vom 16. Januar insoweit noch eine Beweislastumkehr für den Radiologen aus, der nunmehr abweichend von der sonstigen Beweislastregelung den Nachweis zu führen hat, dass der Eintritt der Paraplegie am 22. Februar nicht die Folge seines Versäumnisses vom 16. Januar ist.

Ergänzend zum Thema

Die Verknennung paravertebraler Senkungsabszesse infolge von Spondylitiden war von der Gutachterkommission bislang viermal zu rügen; und zwar bei zwei Allgemeinärzten und zwei Chirurgen. Eine Spondylodiscitis wurde von einem Internisten und zwei Neurologen trotz einer hierfür charakteristischen klinischen und röntgenologischen Symptomatik und damit vorwerfbar nicht bzw. nicht rechtzeitig erkannt. Von Orthopäden wurden dreimal akute Spondylitiden nicht entsprechend gedeutet.

Im dargestellten Fall war entscheidend, dass trotz anhaltender atemabhängiger Schmerzen im Bereich der rechten Brustkorbhälfte und Rücken zehn Tage nach einem Sturz in Verbindung mit Dystelektasen, d.h. Belüftungsstörungen im Bereich der rechten Lunge, der Ursache dieser Beschwerden und Veränderungen nicht gezielt nachgegangen wurde. Unter den vorliegenden Umständen hätte ein Beklopfen der Dornfortsätze der Wirbelkörper mit der Fragestellung einer umschriebenen stärkeren Klopfempfindlichkeit von Wirbelkörpern genügt, um einen wichtigen Hinweis auf eine vertebrogene Ursache der geschilderten Symptomatik zu erhalten. Die dabei getroffenen Feststellungen hätten dann – ex ante – weiterführende Untersuchungen der Wirbelkörper mittels CT oder MRT nach sich gezogen.