

Differenzialdiagnostik bei cerebraler Symptomatik

Diagnostische Klärung von Krankheitszeichen, die auf eine cerebrale Ursache hindeuten – Folge 15 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

*von Herbert Weltrich und Herwarth Lent**

In der Praxis der Gutachterkommission sind nicht selten Behandlungsfehler bei ambulanten Untersuchungen festzustellen, die auf unzureichend ermittelte Anamnese beruhen und zu mangelhaften differenzialdiagnostischen Überlegungen führen. Dies gilt auch für die Ambulanzen in Krankenhäusern. Es werden dort zuweilen nur begrenzt erfahrene Ärzte eingesetzt, deren Aufgabe es zunächst ist, die Anamnese zu erheben und erste Untersuchungen vorzunehmen.

Hierbei ist das Vorbringen der Patienten im Einzelnen zu berücksichtigen. Gegenstand der Befragung sollten das gesamte Spektrum der konkreten Beschwerden unter differenzialdiagnostischen Gesichtspunkten und der bisherige Ablauf der Erkrankung sein. Die Schilderung des Patienten ist ggf. durch gezielte Nachfragen zu ergänzen, da dieser das für die ärztliche Diagnose Wesentliche oft nicht erkennen kann.

Nach zu dokumentierender Anamnese mit anschließender Untersuchung folgen Überlegungen zur Diagnose der vorliegenden Symptomatik, in die je nach Lage des Falles weitere Ärzte – ggf. der Ober- oder Chefarzt – einzubeziehen sind, ehe eine Entscheidung zur Entlassung des Patienten mit Hinweisen (Sicherungsaufklärung!) oder zu seiner stationären Aufnahme mit

eventuell sofort einzuleitenden weiteren diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen getroffen wird. Hierzu die Darstellung eines kürzlich von der Gutachterkommission beurteilten praktischen Falles:

Der Sachverhalt

Aus den Krankenunterlagen des betroffenen Krankenhauses und der nachbehandelnden Kliniken ergab sich Folgendes: Die 37-jährige Patientin stellte sich um 14:15 Uhr in der Inneren Ambulanz des Krankenhauses vor. Sie gab an, dass sie am Vormittag gegen 10:30 Uhr für eine Minute nicht mehr habe sprechen können. Außerdem habe sie keine Kontrolle über ihre linke Hand gehabt. Zwanzig Minuten später habe sich dieses Ereignis wiederholt. Zudem habe sie am Vortage rechtsseitige Kopfschmerzen bekommen. Außerdem seien am Vormittag des Vortages plötzlich Schmerzen im Bereich der rechten Halsseite aufgetreten, die im Laufe des Tages zugenommen hätten.

Die mitgeteilten Erscheinungen wurden mangels Befragung der Patientin nicht näher beschrieben, insbesondere wurde nicht angegeben, dass die Schmerzen an der Halsseite bei einer Kraftübung des rechten Armes in einem Body-Building-Center eingetreten seien.

Die Untersuchung der Patientin durch den in der Krankenhausam-

bulanz tätigen Assistenzarzt ergab im Wesentlichen: Pupillenreaktion unauffällig, Muskeleigenreflexe seitengleich, keine motorischen Ausfälle. Von der vorübergehenden Kraftlosigkeit der linken Hand war lediglich ein Kribbeln im Bereich des dritten Fingers rechts zurückgeblieben. Pulsfrequenz, peripherer Pulsstatus und ein Auskultationsbefund über die extracraniellen Halsgefäße sind nicht dokumentiert. In einer späteren Stellungnahme des Arztes gegenüber der Gutachterkommission wurde mitgeteilt, dass sich keine Strömungsgeräusche über den Carotiden, keine Reflexdifferenzen oder pathologische Reflexe und keine sonstigen Defizite gefunden hätten.

Nach der Untersuchung telefonierte der Arzt mit dem diensthabenden Arzt einer Neurologischen Universitätsklinik. Die – nicht näher dokumentierte – Rücksprache führte zu der Auffassung, dass von der Diagnose einer Cephalgie im Sinne einer Migräne mit fokaler Begleitsymptomatik ausgegangen werden könne, welche die sofortige Vorstellung in der Universitätsklinik nicht erfordere.

Der Assistenzarzt empfahl im der Patientin mitgegebenen Kurzarztbrief an den Hausarzt die ambulante neurologische Diagnostik einschließlich Doppler-Sonographie und Computertomographie. Ob und mit welchem Nachdruck

* 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.

diese Untersuchungen der Patientin nahegelegt wurden, ist nicht dokumentiert. Die Patientin hat nach ihrer Schilderung lediglich den Hinweis erhalten, dass sie sich beim Auftreten von Lähmungserscheinungen unmittelbar in der Neurologischen Universitätsklinik vorstellen solle.

Linksseitige Parese mit Aphasie

Zwei Tage später erwachte die (linkshändige) Patientin mit einer Parese des linken Armes. Wenig später traten eine Lähmung des linken Beines und eine fortschreitende Sprachstörung auf. Nach erneuter ambulanter Vorstellung in dem beschuldigten Krankenhaus wurde die nicht geh- und stehfähige Patientin unter dem Bild einer linksseitigen Parese mit Aphasie infolge einer Ischämie sogleich in die Neurologische Universitätsklinik verlegt.

Dort wurde nach eingehenden Untersuchungen unter der Diagnose „embolisch bedingte Infarkte nach traumatischer Carotis-Dissektion“ eine Antikoagulation durch intravenöse Heparin-Therapie begonnen. Nach vierwöchiger stationärer Behandlung folgte eine mehrmonatige stationäre bzw. ambulante Rehabilitationsbehandlung. Während sich die sensomotorische Halbseitensymptomatik zurückbildete, verblieben deutliche neuropsychologische Defizite im Sinne von Störungen bei den verbalen und schriftsprachlichen Leistungen, der Wortflüssigkeit, Konzentration und Lernfähigkeit.

Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission nahm zum Sachverhalt auf der Grundlage eines neurologischen Fachsachverständigen-Gutachtens im Wesentlichen wie folgt Stellung: Die von der Patientin in der Ambulanz des beschuldigten Krankenhauses geschilderte Symptomatik – plötzlich aufgetretene, wenn auch nur eine Minute betragende und dann sich wiederholende Sprechunfähigkeit mit

vorübergehender Kraftlosigkeit der linken Hand und nach starken rechtsseitigen Kopfschmerzen am Vortage – musste an die Möglichkeit eines cerebralen Insultes oder einer cerebralen Blutung denken lassen. Für eine solche Überlegung war es nicht ausschlaggebend, dass die Patientin – nach der Darstellung des Arztes – den zeitlichen Zusammenhang der Schmerzen am Hals mit einer Kraftübung des rechten Armes nicht mitgeteilt hat. Bei gründlicher Befragung der Patientin zur Vorgeschichte hätte dieser Umstand allerdings zur Kenntnis des Arztes gelangen können.

Unabhängig davon bot die beschriebene neurologische Fokalsymptomatik Anlass zu sofortigen diagnostischen Maßnahmen. Dabei war es Aufgabe des aufnehmenden Arztes – ggf. nach Beteiligung des Chef- oder Oberarztes –, differenzialdiagnostisch eine cerebrale Ischämie bzw. Blutung zu sichern oder zuverlässig auszuschließen, und zwar als Grundlage für die einzuschlagende Therapie.

Für eine Migräne war die beschriebene kurzfristige Symptomatik eher untypisch, auch anamnestisch nicht zu erfragen und damit unwahrscheinlich. Aber selbst bei anderer Bewertung dieser Schmerzen hätte das Auftreten einer passageren neurologischen Fokalsymptomatik unklarer Ursache bei der zuvor neurologisch unauffälligen Patientin Anlass zu einer unverzüglichen diagnostischen Klärung geben müssen, insbesondere durch ein cerebrales Computertomogramm und eine neurologische Konsiliaruntersuchung oder Abgabe der Patientin an eine Neurologische Klinik.

Sofortige Diagnostik notwendig

Von dieser Aufgabe konnte sich der Aufnahmearzt durch eine telefonische Rücksprache mit einem Arzt der Neurologischen Klinik nicht entlasten, der die Patientin selbst nicht gesehen und untersucht hatte. Der Arzt durfte bei der zu er-

fragenden Anamnese und trotz des bei der Untersuchung wieder unauffälligen Befundes der Patientin nicht ohne weiteres entlassen. Unter diesen Umständen war vielmehr eine engmaschige klinische Überwachung, mindestens aber eine dringliche weiterführende Diagnostik erforderlich, da die Behandlung u. a. von deren Ergebnissen abhängig zu machen war.

Keineswegs konnte es ausreichend sein, der Patientin lediglich die Vorstellung beim Hausarzt anzuraten, ohne sie auf die Dringlichkeit der neurologischen Untersuchung nachdrücklich aufmerksam zu machen. Die Empfehlung, beim Auftreten von Lähmungserscheinungen unmittelbar die Neurologische Universitätsklinik aufzusuchen, minderte sogar aus der Sicht der Patientin die Notwendigkeit sofortiger diagnostischer Maßnahmen.

Die Gutachterkommission kam in Übereinstimmung mit dem neurologischen Fachsachverständigen zu dem Ergebnis, dass bei einer noch am selben Tag begonnenen intravenösen Antikoagulantien-Behandlung mit Heparin wahrscheinlich das zwei Tage später eingetretene Infarktereignis mit der Halbseitenparese links verhindert worden wäre. Mit dieser Maßgabe stellte die Kommission einen vorwerfbareren ärztlichen Behandlungsfehler fest.

Anmerkung zum Thema

Die Gutachterkommission hatte in der Vergangenheit eine Reihe weiterer, ähnlich gelagerter Fälle zu bearbeiten.

Ärztliche Körperschaften im Internet

www.aekno.de

Ärztelkammer Nordrhein

www.kvno.de

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

www.arzt.de

Deutsches Ärztenetz