Dr. med. Karl-Bertram Brantzen
Facharzt für Allgemeinmedizin, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Mainz

Dossier „Praxisrelevante Urteile“

Weitere für den Arzt wichtige Urteile finden Sie unter www.springermedizin.de/praxisrelevante-urteile

29-Jährige stirbt an unerkannter Lungenembolie

Hausarzt vom „Kunstfehlervorwurf“ freigesprochen

Eine 29-jährige Patientin verstirbt 34 Stunden, nachdem sie ihren Hausarzt wegen Brustschmerzen konsultiert hat, an einer Lungenembolie. Lag ein Behandlungsfehler vor? Unserem Autor oblag die gutachterliche Stellungnahme in diesem brisanten Fall. Er argumentierte mit dem neuen Leitlinienprojekt der DEGAM – mit dem Resultat, dass das Verfahren gegen den Hausarzt eingestellt wurde.

Bei Fragen zu gängigen Symptomen und Krankheitsbildern ist die Leitlinienrecherche inzwischen vielfach zur Routine geworden. Breiter Konsens in der entsprechenden Fachgesellschaft oder auch interdisziplinär, zeitnahe Aktualisierung und gute Verfügbarkeit (Internet) haben zu dieser Entwicklung beigetragen. Hinzu kommt, dass diverse HZV-Verträge und IV-Projekte ihre Mitglieder zu leitlinienkonformer Arbeitsweise verpflichten.

Darüber hinaus haben Leitlinien mittlerweile eine besondere Bedeutung als Beurteilungsgrundlage bei mutmaßlichen Behandlungsfehlern im Schlichtungsausschuss der Ärztekammern oder vor Gericht erlangt. Es wundert somit nicht, dass geradezu ein Boom an Leitlinienprojekten zu beobachten ist. Der Anwender an der Basis kann hier nur schwerlich einen Überblick wahren und kaum die Qualität der Leitlinien beurteilen.

Im Lauf der Zeit hat sich auch die Erkenntnis durchgesetzt, dass nicht jede Leitlinie auf alle Versorgungsebenen anwendbar ist. Hier sind die unterschiedlichen Prävalenzen der Krankheitsbilder zu berücksichtigen. Der primärversorgende Hausarzt hat eine andere „Epidemiologie“ in seiner nicht vorselektierten Klientel als der Facharzt, und dieser wiederum eine andere als die stationäre Versorgungsebene.

Bei der Bestellung von Sachverständigengutachten legen Gerichte und Schlichtungsstellen der Kammern inzwischen vermehrt Wert darauf, dass beim Vorwurf des Behandlungsfehlers die beklagten KollegInnen von einem Gutachter aus ihrer Fachgruppe beurteilt werden. Für diesen ist es zweifellos von Vorteil, wenn er sich auf eine Leitlinie seiner Fachgesellschaft beziehen kann.

© Jörg Beuge/Fotolia

Junge Patientin mit Brustschmerzen: Ist es wirklich eine Interkostalneuralgie?

Die Mehrzahl der „Kunstfehlervorwürfe“ betrifft zwar die operativen Fächer [10]. Aber auch im primärärztlichen Bereich gibt es im Zusammenhang mit Diagnosefindung/-verschleppung und medikamentöser Therapie gehäuft Vorwürfe; hier ist künftig mit einer Zunahme entsprechender Verfahren zu rechnen.

Der Fall: Junge Frau mit Brustschmerzen

Am 22.5.2008 gegen 18.00 Uhr stellt sich die 29-jährige Eva N. in der Praxis ihres Hausarztes Dr. S. vor. In dessen Karteikarte findet sich dazu folgender Eintrag: „Plötzliche Schmerzen im Thorax und subjektiv Luftnot. Lunge auskultatorisch beidseits unauffällig. Druckschmerz an BWS-Region paravertebral rechts und parasternal sowie an Rippenbögen rechts. Blutdruck 140/80 mmHg. Beratung, am ehesten Intercostalneuralgie oder vertebragen bedingte Schmerzen. Hat Voltaren Tbl. zu Hause, auch Tramadol STADA Tr. als Muster mit.“

Etwa 34 Stunden später verstirbt Frau N. in der Notaufnahme des örtlichen Krankenhauses nach erfolglosen Reani-

Tabelle 1

Referenzdiagnosen von 1212 Patienten, die den Hausarzt mit „Brustschmerz" aufsuchten

Diagnose	N	% (95% KI)
Brustwandsyndrom	565	46,6 (43,8–49,5)
KHK (stabile AP)	135	11,1 (9,4–13,1)
Psychogene Störungen	115	9,5 (7,9–11,3)
Infekte der oberen Atemwege	98	8,1 (6,6–9,8)
Hypertonie	48	4,0 (2,9–5,2)
Akutes Koronarsyndrom	44	3,6 (2,7–4,8)
Gastroösophagealer Reflux	42	3,5 (2,5–4,7)
Trauma	39	3,2 (2,3–4,4)
Benigne Magenerkrankungen	26	2,1 (1,4–3,1)
Pneumonie	25	2,1 (1,3–3,0)
COPD/Asthma	23	1,9 (1,2–2,8)
Andere	52	4,3 (3,2–5,6)

Quelle: Eur J Gen Pract 2009;15(3):141–146

Tabelle 2

Die einfache Wells-Regel

	Einfache Wells-Regel
Hinweis auf TVT (mindestens Schwellung des Beins und Druckschmerz über tiefen Beinvenen)	+ (3)
Keine andere Diagnose ist wahrscheinlicher als LE	+ (3)
Puls/HF > 100/min	+ (1,5)
Bettruhe oder OP in den letzten vier Wochen	+ (1,5)
Behandlung eines Karzinoms in den letzten 6 Mo.	+ (1)
Anamnese von TVT oder LE	+ (1,5)
Hämoptoe	+ (1)
Klinische Wahrscheinlichkeiten	
0–1	Niedrig
2–6	Mittel
≥ 7	Hoch

mationsmaßnahmen. Bei der Obduktion zeigte sich als Todesursache „eine akute Lungenthrombembolie auf dem Boden einer tiefen Wadenvenenthrombose rechts". Seitens des von der Staatsanwaltschaft beauftragten Sachverständigen galt es zu klären, ob Dr. S. im Rahmen einer einmaligen Konsultation die Gefahr einer lebensbedrohenden Lungenembolie hätte erkennen müssen und das tödliche Ereignis vielleicht durch umgehende und geeignete diagnostische und therapeutische Maßnahmen hätte abwenden können.

Das sagte der Ehemann aus

Bei der Zeugenvernehmung macht der Ehemann der Verstorbenen folgende Aussage: „Am Montag, dem 19.5.2008 klagte meine Frau über Kurzatmigkeit, das Laufen fiel ihr schwer. Es wurde nicht besser. Am Donnerstag, dem 22.5. rief mich meine Frau gegen 16.00 Uhr auf der Arbeit an. Sie klagte über starke Schmerzen im Brustbereich. Ich entschloss mich, meine Arbeitsstelle sofort zu verlassen und meine Frau abzuholen, um mit ihr ins Krankenhaus zu fahren. Meine Schwiegermutter erklärte aber, dass unser Hausarzt ja noch offen hätte. Also fuhren wir zu Dr. S. in die Sprechstunde. Dieser untersuchte sie und hörte ihre Lunge ab. Hier konnte er jedoch nichts besonderes feststellen und verwies auf einen eingeklemmten Nerv, welcher wohl die Brustschmerzen verursachte."

Thorakales Druckgefühl und Krämpfe

Wie vom Hausarzt empfohlen nimmt Frau N. im Lauf des Freitags zwei Tabletten Voltaren ein. Als der Ehemann abends nach Hause kommt, findet er seine Frau beschwerdefrei am PC sitzend. Gegen 2.00 Uhr geht das Ehepaar zu Bett. Nach wenigen Minuten wird der Frau aus völligem Wohlbefinden heraus schlecht mit thorakalem Oppressions- und massivem Angstgefühl; sie bittet ihren Mann, sie sofort ins Krankenhaus zu bringen. Kurz darauf bekommt sie einen Krampfanfall. Nach einem Schlag auf die Wange erlangt sie wieder das Bewusstsein. Sie ist kaltschweißig. Der Mann alarmiert den Notdienst. Bei einem erneuten Krampfanfall kotet sie ein, kommt aber erneut wieder zu sich und kann sich mit Hilfe aufrichten.

Wiederbelebungsmaßnahmen letztlich erfolglos

Während der Mann zur Wohnungstür geht, um dem Notarztteam zu öffnen, kollabiert die Frau und wird mit Herz-Kreislauf-Atemstillstand vorgefunden. Es wird sofort mit der kardiopulmonalen Reanimation begonnen. Der Notarzt erfährt, dass die sehr adipöse Patientin (BMI: 48) seit etwa fünf Tagen Ziehen in beiden Unterschenkeln verspürt und passager Atemnot bei Belastung geklagt habe. Vor etwa zehn Monaten habe sie entbunden, nehme seitdem „die Pille" und sei Raucherin. Daraufhin wird bei hochgradigem Verdacht auf fulminante Lungenembolie eine Lysetherapie eingeleitet. Es stellt sich ein labiler Spontankreislauf ein, der den Transport ins Krankenhaus erlaubt. Nach erneutem Herz-Kreislauf-Atemstillstand dort werden die nun erfolglosen CPR-Maßnahmen beendet.

Interkostalneuralgie bereits in der Vorgeschichte dokumentiert

Aus den Aufzeichnungen von Dr. S. geht hervor, dass er Frau N. seit November 1999 als Patientin kannte. Bei mehreren Konsultationen handelte es sich um Atemwegsinfekte als Beratungsursache. Im Februar 2003 wird erstmals ein Rückenschmerz im Rahmen eines grippalen Infekts erwähnt. Im April/Mai 2003 veranlassen Lendenwirbelsäulenbeschwerden den Hausarzt, die Patientin zu einem Orthopäden zu überweisen, worüber jedoch kein Bericht vorliegt. Am 19.5.2003 findet sich der Eintrag „Rückenbeschwerden etwas besser".

Am15.9.2005 führen starke Brustschmerzen die Patientin zu ihrem Hausarzt. Dieser beschreibt in seiner Karteikarte „starke Schmerzen an der linken Thoraxseite im Bereich der Rippenbögen in Höhe 7. und 8. Rippe, Schmerz bei Atembewegung verstärkt, Druckschmerz am Rippenbogen bei 7. und 8. Rippe. Lunge auskultatorisch bds. unauffällig – offensichtlich Intercostalneuralgie als Ursache. Leichter Druckschmerz ebenfalls paravertebral im BWS-Gebiet links". Der nächste Eintrag erfolgt am 22.6.2007: „Bericht Dr.

Tabelle 3

Marburger KHK-Score – Kriterien und Bewertung

Kriterium		Punktzahl
Geschlecht und Alter (Männer ≥ 55 J., Frauen ≥ 65 J.)		1
Bekannte vaskuläre Erkrankung		1
Beschwerden sind belastungsabhängig		1
Schmerzen sind durch Palpation nicht reproduzierbar		1
Der Patient denkt, dass der Schmerz vom Herzen kommt		1
Für den Score werden die Punkte summiert.		
0–2 Punkte	Niedrige Wahrscheinlichkeit einer KHK	
3 Punkte	Mittlere Wahrscheinlichkeit einer KHK	
4–5 Punkte	Hohe Wahrscheinlichkeit einer KHK	

Quelle: CMAJ 2010

L. (Orthopäde), statische Beschwerden bei Senk-Spreizfuß" und ein weiterer Eintrag am 26.9.2007: „Bericht Dr. W. (ebenfalls Orthopäde), Diagnose: Arthritis? Hyperuricämie? Tendinose rechtes OSG".

Die Stellungnahme des Gutachters

Die Lungenembolie ist auf der primärärztlichen Versorgungsebene ein sehr seltenes Ereignis. Dies geht aus der Leitlinie „Thoraxschmerz" der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) hervor, die im Sommer 2009 als Entwurf vorlag und im Mai 2011 veröffentlicht wird [3].

Die Leitlinien der DEGAM zeichnen sich dadurch aus, dass sie i. d. R. besser als diejenigen anderer Fachgesellschaften die Versorgungsrealität und Epidemiologie auf hausärztlicher Behandlungsebene abbilden und damit dem nicht vorselektierten Patientengut gerecht werden. Dagegen sind viele Leitlinien der Fachgesellschaften auf die Facharzt-/Kliniksebene bezogen, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit bedrohlicher Erkrankungen. So ist z. B. die Leitlinie der angiologischen Fachgesellschaft zum Thema tiefe Beinvenenthrombose und Lungenembolie [6] auf den primärärztlichen Bereich nur mit Einschränkung anzuwenden (s. u.).

Hätte der Hausarzt an eine Lungenembolie denken müssen?

Auf die Frage, wann der Hausarzt an eine Lungenembolie denken muss, verweist die DEGAM-Leitlinie auf den vereinfachten Wells-Score (Tab. 2) [5, 13].

Auch die KHK spielt differenzialdiagnostisch bei Brustschmerzen eine wichtige Rolle, v. a. wegen des damit verbundenen Gefährdungspotenzials. Für die KHK legt die DEGAM-Leitlinie die in Tab. 3 abgebildeten Wahrscheinlichkeitskriterien vor, die als Grundlage für die Entscheidung weiterer Diagnostik dienen. Hinsichtlich der Differenzialdiagnose KHK/akutes Koronarsyndrom ergaben Anamnese und Untersuchungsbefund sowie Alter der Patientin jedoch keinen Anhalt für eine weiterführende Diagnostik.

Im Zusammenhang mit der tödlichen Lungenembolie hat nur eine einmalige Konsultation der Patientin bei Dr. S. stattgefunden, und zwar ca. 34 Stunden vor ihrem Tod. Im Gegensatz zur Aussage des Ehemanns werden in den Aufzeichnungen des Hausarztes Beinschmerzen nicht erwähnt. Allerdings war dem Hausarzt durch die Befundberichte zweier Orthopäden bekannt, dass die Patientin vermutlich an statischen Beschwerden in beiden Beinen bei Senk-Spreizfuß und massiver Adipositas litt. Zum Thema Atemnot notiert der Hausarzt: „subjektiv Luftnot", d. h., er konnte keine objektiven Hinweise wie angestrengtes, schnelleres Atmen oder Behinderung beim Sprechen erkennen. Auch bei der körperlichen Untersuchung ließ sich die Atemnot nicht objektivieren. Der Blutdruck ist mit 140/80 mmHg normal, eine Tachykardie nicht dokumentiert.

Kein erhöhtes Risiko auf der Grundlage des einfachen Wells-Scores

Auf hausärztlicher Versorgungsebene lässt sich hier auch anhand des einfachen Wells-Scores kein relevantes Risiko für eine Lungenembolie ableiten, sodass es auch diesbezüglich keiner weiterführenden Diagnostik zum Zeitpunkt der Konsultation bedurfte.

Wichtig ist auch das Ergebnis der Obduktion. Hier wird kein Lungen-/Rippenfellbefund beschrieben, der dem Hausarzt beim Abhören hätte auffallen müssen; ebensowenig waren äußere Thrombosezeichen (v. a. Beinumfangsdifferenz) zu verifizieren. Somit ist davon auszugehen, dass es auch bei der ohnehin schwierigen klinischen Untersuchung der sehr voluminösen unteren Extremitäten keine Hinweise für eine tiefe Unterschenkelvenenthrombose gegeben hätte.

Laut DEGAM-Leitline war auch die Durchführung des D-Dimer-Tests nicht angezeigt, den die angiologische Fachgesellschaft primär parallel zum Wells-Score empfiehlt. Dieser Test schließt, wenn negativ, mit hoher Wahrscheinlichkeit das Vorliegen eines thromboembolischen Ereignisses aus. Da er jedoch relativ unspezifisch ist (hohe Zahl falsch positiver Resultate), wird er in der primärärztlichen Leitlinie erst bei mittlerer klinischer Wahrscheinlichkeit einer Lungenembolie gefordert.

Interkostalneuralgie als häufigste Brustschmerzursache in der Hausarztpraxis

Die vom Hausarzt gestellte Diagnose „Brustwandsyndrom" stellt die bei weitem häufigste Brustschmerzursache in der Allgemeinpraxis dar. Sie geht mit schmerzbedingter Atemstörung einher, die durchaus als Atemnot empfunden werden kann. Im vorliegenden Fall hatte die Patientin knapp drei Jahre zuvor ihren Hausarzt mit linksseitigen Thoraxschmerzen aufgesucht, die muskuloskelettalen Ursprungs waren (Interkostalneuralgie). Die damals dokumentierte Symptomatik auf der linken Seite entsprach ziemlich genau der jetzt beschriebenen Symptomatik rechtsseitig, sodass es nahe lag, erneut eine „Interkostalneuralgie" zu diagnostizieren.

Letztlich kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass beides vorgelegen hat. Immerhin beschreibt der Ehemann, dass er bei der Rückkehr von der Arbeit seine Frau beschwerdefrei am Computer sitzend vorgefunden habe, somit die Schmerzbehandlung gewirkt und die Patientin zumindest phasenweise keine Atemnot empfunden hat.

Bleibt zu klären, ob dem Hausarzt die Risikofaktoren für eine Thrombembolie bei seiner Patientin hätten bekannt sein

Fazit für die Praxis

Leitlinien sind kein enges Korsett, sondern Anhaltspunkte dafür, wie der ärztliche Standard aussieht. Sie sind keine Richtlinien, haben aber Indizwirkung im Falle eines mutmaßlichen ärztlichen Behandlungsfehlers. Ein Abweichen von Leitlinien oder den „Regeln der Kunst" sollte begründet und dokumentiert sein.

Gerade auf primärärztlicher Ebene spielt auch der „Autonomie-Therapie-Konflikt" eine wichtige Rolle. Wünsche und Vorstellungen des Patienten als Souverän über den Diagnostik- und Behandlungsweg stehen nicht selten im Gegensatz zu den Vorgaben einer Leitlinie, und partizipative Entscheidungsfindung (Shared decision making) kann auch bedeuten, im Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht eines ausreichend informierten Patienten von der Leitlinie abzuweichen.

Hausärzte sind gut beraten, ihre fachgruppenspezifischen Leitlinien zu kennen und die Leitlinienerstellung für die hausärztliche Versorgungsebene zu unterstützen, z. B. durch Mitgliedschaft in der DEGAM, Bestellung der Originalfassungen der DEGAM-Leitlinien, Beteiligung an Studien zur Versorgungsforschung oder eine „Patenschaft" für eine DEGAM-Leitlinie in ihrer Entwicklungsphase.

müssen. In der Dokumentation des Dr. S. findet sich weder eine Überweisung zum Gynäkologen noch ein entsprechender Facharztbericht. Die Inanspruchnahme des Facharztes ohne Überweisung kann durchaus zur Folge haben, dass der Hausarzt bei einer jungen gesunden Frau, die ihn nur selten konsultiert, weder etwas über eine Entbindung noch über diverse Hormongaben erfährt.

Verfahren eingestellt

Der Autor beendet sein Gutachten mit nachfolgender Zusammenfassung: „Unter Würdigung der Krankenakte der verstorbenen Frau N., des gerichtsmedizinischen Gutachtens des Obduzenten und der für den primärärztlichen Versorgungsbereich relevanten Literatur und Leitlinien kommt der Gutachter zu dem Schluss, dass im Rahmen der ausreichend dokumentierten einmaligen Konsultation am 22.5.2008 für den Hausarzt Dr. S. keine Notwendigkeit erkennbar war, weitere Diagnostik und/oder Therapie zum Ausschluss einer Lungenembolie zu erwägen."

Die Staatsanwaltschaft folgte der Argumentation des Sachverständigen und stellte das Verfahren gegen den Hausarzt gemäß § 170.2 StPO ein.

Leitlinie diente der Entlastung des Hausarztes

Im vorliegenden Fall hatte eine hausarztspezifische Leitlinie maßgeblichen Anteil daran, dass ein Hausarzt entlastet und der Verdacht auf einen folgenschweren Behandlungsfehler nicht weiter verfolgt wurde. Was aber, wenn es zum Sachverhalt keine fachspezifische Leitlinie gibt? Schlichtungsstellen der Ärztekammern und Gerichte vertreten den Standpunkt, dass der Patient Anspruch auf Facharztstandard hat. Im derzeit gültigen „Leitfaden für medizinische Gutachten in Arzthaftungssachen" heißt es: „Haftungsrechtlich ist der Arzt nicht auf sein Fachgebiet festgelegt. Er muss aber, wenn er sich auf ein anderes Fachgebiet begibt, dessen Standard garantieren." Für den Hausarzt mit seiner breiten Zuständigkeit heißt das, dass er bei allen Beratungsanlässen, für die es keine primärärztliche Leitlinie gibt, ggf. an Facharztleitlinien gemessen wird.

Das Leitlinien-Projekt der DEGAM

Seit 1998 engagiert sich die DEGAM hier in besonderer Weise mit ihrem Leitlinienprojekt. Die Leitlinien der DEGAM zeichnen sich dadurch aus, dass sie keine systematische Abhandlung eines Krankheitsbildes darstellen, sondern zunächst die patientenseitige Symptomatik („Symptomdiagnose") in den Vordergrund stellen, dass sie also die Praxisrealität besser abbilden. Sie versuchen sich in besonderem Maß dem Dilemma der Primärversorgung zu stellen, das da lautet:

Sensitivität maximieren = keine bedrohliche Erkrankung übersehen
Spezifität berücksichtigen = Vermeiden von Überdiagnostik und -therapie

Das Konzept der Leitlinien-Kommission der DEGAM [8] lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Themen der zu bearbeitenden Leitlinie werden nach Möglichkeit so ausgewählt, dass ein Patientenanliegen – nicht eine bereits verifizierte Diagnose – zum Ausgangspunkt wird.
- Die DEGAM-Leitlinien beschreiben nicht alle maximal möglichen Versorgungsoptionen, sondern eine optimale, im Einzelfall angemessene, bedarfs- und aufgabengerechte hausärztliche Grundversorgung.
- Die Entwicklung der einzelnen Empfehlungen erfolgt auf der Basis gründlicher Literaturanalysen nach den Prinzipien der Evidence-based medicine.
- In einem Praxistest wird bereits vor Publikation die Praktikabilität und Akzeptanz der Leitlinien unter Praxisbedingungen durch Ärzte, Praxismitarbeiter und Patienten beurteilt.
- Wichtige Inhalte werden in Form von allgemeinverständlichen Faltblättern und individuellen Infozepten in die Sprache der Patienten „übersetzt".

Inzwischen sind 14 DEGAM-Leitlinien fertiggestellt, sechs sind in Entwicklung [8]. Die Verbreitung lässt allerdings zu wünschen übrig. So war bei Lehrärzten des „Blockpraktikums Allgemeinmedizin" eine der ersten DEGAM-Leitlinien (die zum Thema „Kreuzschmerzen") nur sechs von 42 befragten KollegInnen bekannt [4].

Literatur unter mmw.de

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Karl-Bertram Brantzen
Augustinerstr. 46–48
D-55116 Mainz
E-Mail: kmbrantzen@aol.com

Internet-Tipp

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sind seit November 2010 im Internet verfügbar:
- http://leitlinien.degam.de.

Die Broschürenfassung ist erhältlich über
- http://www.omikronverlag.de/catalog/index.html

Keywords

Specific General Practitioner Guidelines – Why they Deserve Greater Acceptance, Dissemination and Application

Case report of suspected malpractice – Expert opinion and DEGAM-guideline – Characteristics of guidelines for GPs – Knowledge of GP-guidelines