

Diagnoseirrtum: Ischialgie

oder: Der lange Weg zur richtigen Diagnose – Folge 45 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

von Christian Holland und Karl Joseph Schäfer*

Behandlungsfehlervorwürfe wegen vermuteter Fehldiagnostik und -behandlung bei Erkrankungen, die unter der Oberdiagnose eines Wirbelsäulensyndroms einzuordnen sind, werden häufig erhoben. Während es meist weniger Probleme bereitet, radikuläre Wirbelsäulensyndrome aufgrund ihrer neurologischen Symptome einzuordnen, kann dies bei den lokalen Wirbelsäulensyndromen und den pseudoradikulären Beschwerdebildern sehr viel schwieriger sein.

Es ist bekannt, dass bei einem hohen Prozentsatz chronisch gewordener „Rückenleiden“ die Beschwerden keinem bestimmten anatomischen Substrat zugeordnet werden können, sie also „unspezifisch“ sind. Diagnostische Sorgfalt ist dann geboten. Sowohl unter dem Erscheinungsbild radikulärer wie lokaler, akuter wie chronischer Wirbelsäulensyndrome verbergen sich nämlich mitunter andere Ursachen als die vermuteten (und dem Behandlungsregime zugrunde gelegten) Bandscheibenschäden, Spondylarthrosen (Facetten-Syndrom), Wirbel- und Rippengelenkblockierungen und weichteilbedingte (Muskulatur, Bänder etc.) Affektionen. Wirbelsäulenerne Erkrankungen können eine Ischialgie vortäuschen.

Die Fachgesellschaften weisen in ihren Leitlinien auf zahlreiche differenzialdiagnostische Überlegungen und Untersuchungen hin.

Zu den wirbelsäulenernen Ursachen zählen Erkrankungen des Hüftgelenkes. Sie werden mitunter nicht nur primär übersehen und unter der Fehldiagnose eines Wirbel-

säulensyndroms behandelt, sondern häufiger noch in Fällen, in denen tatsächlich auch ein Lendenwirbelsäulensyndrom vorliegt oder bei dem betreffenden Patienten schon früher behandelt worden ist. Mit einem solchen Fall hatte sich die Gutachterkommission zu befassen.

Der Sachverhalt

Eine 48-jährige Frau gibt in ihrem Antrag an, sie sei am 28. Mai mit einer Leiter gegen eine Wand gekippt und habe sich Prellungen an der linken Seite des Rumpfes und des Oberschenkels zugezogen. Wegen zunehmender Schmerzen im Oberschenkel habe sie 6 Tage danach, am 3. Juni, ihren Hausarzt aufgesucht. Dieser hatte sie zusammen mit dem Hausorthopäden 6 Wochen zuvor wegen eines Lendenwirbelsäulensyndroms behandelt mit Krankschreibung. Er überweist sie wegen der Beschwerden und der nun vorhandenen Gehbehinderung unter der Diagnose Ischialgie wieder zum Orthopäden.

Ambulante Behandlung

Die Patientin sucht am 5. Juni dessen Urlaubsvertreter auf, der Folgendes dokumentiert: „Seit einigen Tagen Lumboischialgie links, Zustand nach NpP 1988, nimmt bereits Gabrilen. Befund: Druckschmerz Kreuzdarmgelenk links und Foramen ischiadicum links. Spine-Test nicht prüfbar. Neurologie: Reflexstatus obere und untere Extremität normgerecht, keine dermatombezogenen Sensibilitätsstörungen, keine

Fußheber- und Fußsenkerschwäche, Zehen- und Fersengang durchführbar, Psoas und Quadriceps o.B., keine Glutaealschwäche, Lasegue negativ, keine Blasen- und Mastdarmsstörungen, Funktion beider Hüften symmetrisch und frei“.

Unter der Diagnose einer „Akuten Lumboischialgie“ erfolgte eine Infiltration im Bereich des linken Kreuzdarmbeingelenkes und eine Piroxicam-Injektion i. m., ferner wurde Tetrazepam verordnet. Diese Behandlung wird am 7. Juni wiederholt, eine leichte Besserung dokumentiert und eine Überweisung zum Radiologen ausgestellt für ein MRT der Lendenwirbelsäule.

Am 18. Juni wird der aus dem Urlaub zurückgekehrte Hausorthopäde aufgesucht, der von seiner Vertretung unterrichtet worden war und unter dem 19. Juni dokumentiert:

„Klagt seit Jahren über rezidivierende Rückenschmerzen. Im Stehen geringer Beckentiefstand rechts. Weitgehend gerader Wirbelsäulenaufbau. Normale Brustkyphose und Lendenlordose. Beweglichkeit der HWS und LWS endgradig eingeschränkt. Druckschmerz C4/D1 links und L4/S1 beiderseits. Keine neurologischen Ausfälle an den Extremitäten. Lasegue beiderseits negativ. Reflexe seitengleich o. B.“.

Es wurde eine Injektion i. m. gegeben, am 20. Juni ein Schmerzmittel verordnet und am 21. Juni ein Rollstuhl. Am 25. Juni lag die Befundung des MRT vor mit dem Ergebnis „Prolaps L4/L5 links“. Es erfolgte die Einweisung in ein Krankenhaus.

*Prof. Dr. med. Christian Holland, früherer Chefarzt der Abteilung für Orthopädie des St. Willibrord-Spitals Emmerich, ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied und Dr. jur. Karl Joseph Schäfer, Präsident des Sozialgerichts a. D., ist Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

Stationäre Behandlung

Bei der Aufnahme am Folgetag wurde im Krankenhaus notiert:

„Seit ca. 5 Wochen Schmerzen tief lumbal mit Ausstrahlung in das linke Bein, Liegen und Sitzen gut möglich, Stehen möglich, Laufen nicht möglich. Befund: PSR und ASR seitengleich lebhaft auslösbar, Lasegue beiderseits negativ, Fußsenker links in der Kraft gemindert 4/5, Fußheber links gering gemindert, keine Hypästhesien, keine Paresen, beide Hüften frei beweglich, Durchblutung peripher o. B.“

Unter der Diagnose einer Ischialgie bei Bandscheibenvorfall wurde die Patientin mit bildwandlergesteuerten Infiltrationen, Krankengymnastik und Stangerbädern, Fango und Massagen vom 26. Juni bis 4. Juli behandelt. Den Pflegeprotokollen ist zu entnehmen, dass sie ausschließlich mit dem Rollstuhl unterwegs war. Die Patientin verließ das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat.

Erneute ambulante Behandlung

Am Folgetag suchte sie eine chirurgisch-orthopädische Praxis auf, wo am 5. Juli dokumentiert wird:

„Seit 5 Wochen Schmerzen linker Oberschenkel. Befund: Bewegungsschmerzen, starke Bewegungseinschränkung li. Hüfte, massiver Belastungsschmerz li. Bein, neurologisch o. B. Röntgen Hüftübersicht: Schenkelhalsfraktur links.“

Abschluss der Behandlung

Bei einem erneuten Krankenhausaufenthalt, bei dem der Patientin am 7. Juli eine Endoprothese eingesetzt wurde, gab sie an, dass es am 20. Juni mit einem plötzlichen Schmerzereignis zur Gehunfähigkeit gekommen sei. Histologisch ergab sich kein Anhalt für eine pathologische Fraktur; es lag eine Pseudarthrose vor.

Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission hat die Behandlung durch die Kranken-

hausärzte, die von der Patientin allein beschuldigt worden waren, als behandlungsfehlerhaft angesehen.

Zwar hat die Patientin die diagnostische Abklärung des Krankheitsbildes dadurch erschwert, dass sie keinen der involvierten Ärzte von sich aus über den später behaupteten Unfall unterrichtet hat. Jedoch hat auch keiner der Ärzte die Vorgeschichte detailliert erhoben, auch nicht bei der Aufnahme in das Krankenhaus. Insofern lag bereits eine unzureichende Anamnese vor, die einen Behandlungsfehler darstellt.

Es ist weiterhin beanstandet worden, dass trotz der unauffälligen Neurologie und der starken Schmerzen bei Belastung des linken Beines an der Diagnose einer Ischialgie festgehalten und entsprechend behandelt wurde, wohl auch gestützt auf den MRT-Befund, obwohl das klinische Bild mit einer Gehunfähigkeit dazu nicht „passte“.

Eine eingestauchte Fraktur oder eine Fissur hatte sich am 20. Juni zu einer instabilen Fraktur entwickelt, die zur Notwendigkeit der Benutzung eines Rollstuhles führte. Kaum glaubhaft ist, dass dennoch das linke Hüftgelenk frei beweglich gewesen sein soll. Der unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung in der chirurgisch-orthopädischen Praxis erhobene Befund mit „Bewegungsschmerzen, starke Bewegungseinschränkung li. Hüfte, massiver Belastungsschmerz li. Bein“ gibt den tatsächlichen Befund eher wieder.

Die Verkürzung und Fehlstellung des linken Beines und Schmerzen bei der Untersuchung des Hüftge-

lenkes hätten bei sorgfältiger Untersuchung auch schon im Krankenhaus auffallen und Anlass für eine weitergehende diagnostische Abklärung sein müssen. Insofern liegt ein Diagnostikfehler vor, der ebenfalls als Behandlungsfehler anzusehen ist.

Die Einwände der belasteten Klinikärzte, die Patientin habe während der Krankenhausbehandlung nicht auf den angeblichen Unfall hingewiesen und durch das Verlassen des Krankenhauses gegen ärztlichen Rat eine weitere differenzialdiagnostische Abklärung der bestehenden Symptomatik verhindert, hat die Gutachterkommission nicht gelten lassen.

Sie hat ausgeführt, dass eine sorgfältige Anamneseerhebung nicht lediglich in der Wiedergabe der von der Patientin von sich aus mitgeteilten Vorgeschichte der Erkrankung bestehe, sondern in einer systematischen Befragung durch den Arzt, die sich insbesondere auch auf den Beginn der Erkrankung (akut oder chronisch) erstreckt. Die Dokumentation des Krankenhauses lasse nicht erkennen, dass dies geschehen sei. Des Weiteren habe sich die Patientin 9 Tage in dem Krankenhaus aufgehalten, ohne dass es Hinweise dafür gebe, dass außer der gestellten Diagnose Ischialgie weitere Krankheitsbilder in Betracht gezogen oder ihre Abklärung begonnen worden sei.

Durch den Behandlungsfehler wurden die richtige Diagnose verspätet gestellt und die Behandlung verzögert; in den bis dahin erlittenen Schmerzen und unnötigen Behandlungen ist der Gesundheitsschaden zu sehen.

Wegschauen hilft nicht.

Sexuelle, körperliche und seelische Gewalt gegen Kinder gibt es auch in Düsseldorf.

Die Kinderschutzambulanz am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf hilft mit Diagnostik, Betreuung und Therapie, damit kleine Kinderseelen wieder lachen lernen. Ihre Spende hilft direkt den Kindern.

Spendenkonto-Nr. 43 000 900
Stadtparkasse Düsseldorf
BLZ 300 501 10
Kennwort: Kinderschutzambulanz

Die Kinderschutzambulanz
Wir helfen misshandelten Kindern.
www.kinderschutzambulanz.de