

Fehlerhafte Organisation ärztlicher Tätigkeit

Die unkritische Übernahme einer falschen Diagnose kann zu einem Behandlungsfehlervorwurf führen.

von **Bernd Luther, Klaus Balzer, Ulrich Mödder, Ulrich Smentkowski und Beate Weber**

Bereits im August 2008 hatte die Gutachterkommission Nordrhein anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung ausführlich über Organisationsfehler in Klinik und Praxis berichtet (*Rheinisches Ärzteblatt, August 2008*). Am 19. Februar 2014 soll in Düsseldorf eine Folgeveranstaltung zu demselben Thema stattfinden; die zugrundeliegenden Begutachtungen sind in den *Tabellen 1 und 2, Seite 27* den damaligen Ergebnissen gegenübergestellt.

Demnach haben organisationsbedingte Fehler leicht von 10,8 Prozent der festgestellten Behandlungsfehler (n=239) auf 13,5 Prozent (n=297) in den Abschlussjahren 2008 bis 2012 zugenommen. Am häufigsten fanden sich Fehler, die dem sogenannten voll beherrschbaren Risikobereich des Arztes zuzuordnen sind (5,3 Prozent, n=116). Hierunter fallen beispielsweise Lagerungsfehler (n=27), Fehlverordnungen (n=20), beispielsweise bei bekannter Unverträglichkeit, Verbrennungsläsionen (n=19), materialbedingte Schäden (n=15), zurückgelassene Fremdkörper (n=15), beispielsweise Kompressen, Hygienefehler (n=9), versäumte Sturzprophylaxe (n=5), Verwechslungen (n=4) und andere (n=2). In diesen Fällen obliegt es dem Arzt, die gegen ihn sprechende Verschuldensvermutung zu widerlegen, was häufig nicht gelingt.

Weitere häufigere Organisationsfehler waren das Missachten maßgeblicher Befunde (2,1 Prozent), Überwachungsmängel (1,9 Prozent) und fehlende Inaugenscheinnahme des Patienten (n=1,7 Prozent).

An einer Sicherungsaufklärung fehlte es etwas häufiger als zuvor berichtet (7,8 Prozent, n=172). Darunter waren drei Verfahren, in denen ein maßgeblicher pathologischer Befund zu den Akten gelegt wurde, ohne den Patienten hierüber zu informieren.

Deutlicher als bei den Krankenhausärzten (plus 1,5 Prozentpunkte auf 14,9 Prozent) haben Organisationsfehler bei den Praxisärzten (plus 2,9 Prozentpunkte auf 10,3 Prozent) zugenommen (*Tabelle 2, Seite 27*).

Im nachfolgend geschilderten Fall waren gleich mehrere Fehler bei der Organisation und Arbeitsteilung eines zur Operation ins Krankenhaus eingewiesenen Patienten festzustellen.

Sachverhalt:

Bei seit November bestehenden zunehmenden Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks, vor allem in stehender Körperhaltung, veranlasste der Hausarzt eine MRT-Untersuchung des linken Kniegelenks, die am 3. Februar des Folgejahres in der Praxis des belasteten Radiologen

durchgeführt und von ihm folgendermaßen befundet wurde: „Dorsale solide, jedoch größtenteils nicht durchblutete glatt begrenzte Raumforderung in der Kniekehle, bei der es sich wahrscheinlich um ein dorsales mehrfach eingeblutetes Ganglion handelt. Zusätzlich ist eine schmale Baker-Cyste nachweisbar.“ Klinisch stellte er einen leichten Kniegelenkserguss fest.

Mit diesem Befundbericht und den MRT-Bildern stellte sich der Patient am 2. März in der weiter belasteten orthopädischen Klinik vor. Laut Ambulanzbericht war „in der Kniekehle eine ca. 10 x 5 cm große Raumforderung tastbar; die periphere Durchblutung und Sensorik sind intakt“.

Unter Bezugnahme auf den MRT-Befund stellte ein Assistenzarzt die Indikation zur operativen Entfernung des dorsalen Ganglions und der Bakerzyste und klärte den Patienten entsprechend auf. Weitere Aufklärungen (Orthopädie/Anästhesie) erfolgten ambulant am 2. Mai ebenfalls unter der Diagnose „Ganglion/Bakerzyste linkes Kniegelenk“.

Für den Eingriff wurde ein Oberarzt der belasteten orthopädischen Klinik eingeteilt. Dieser gab in seiner Stellungnahme an, dass er sich am 4. Mai mit dem Ambulanzbericht des Patienten vom 3. März vertraut gemacht habe. Nach seinen Angaben konnte er mit dem am Operationstag, dem 5. Mai, einbestellten Patienten erst in einer OP-Pause sprechen und ihn untersuchen. Die MRT-Bilder habe er präoperativ nach Einspielung im Computer gesichtet und in Anlehnung an den Befund des Radiologen als Ganglion interpretiert.

Der Patient erschien am 5. Mai um 10.30 Uhr zum geplanten Eingriff. Um 11.45 Uhr begann die Operation in Blutleere des linken Beins und unter Bauchlagerung des Patienten. Bei der Inzision und partiellen Entfernung des vermeintlichen Ganglions entleerte sich reichlich altes Blut. Die histologische Aufarbeitung des Resektionsmaterials ergab Gefäßwandanteile und Thromben. Nach Öffnen der Blutleere kam es zu einer starken arteriellen Blutung, sodass die Manschette sofort wieder aufgeblasen wurde. Jetzt wurde ein Kollege aus der Allgemeinchirurgie hinzu-



Abb. 1: MRT-Darstellung des linken Kniegelenkes in sag. Ebene in T1 gewichteten Sequenzen. In der Kniekehle erkennt man eine überwiegend runde, glatt berandete Raumforderung, von 42 x 56 mm Größe. Zentral zeigt sich eine segelartige hypodense Struktur, die von der (hier nicht sichtbaren) A. poplitea ausgeht. Zusätzlich Nachweis einer querverlaufenden bandförmigen Artefaktbildung, als Folge der pulsierenden Press-Strahlblutung. Diagnose: teiltrombosiertes, perfundiertes Aneurysma der A. poplitea

gerufen, der die Diagnose „Aneurysma der A. poplitea“ stellte und – bei fehlender Expertise im eigenen Hause – die notfallmäßige Verlegung des Patienten in eine Gefäßchirurgie veranlasste.

Hierzu wurde die Operation um 13.20 Uhr provisorisch beendet. Der Patient blieb intubiert und mit Blutsperre des linken Beins (Druck 450 mmHg) versehen. Um 16.15 Uhr begann laut Stellungnahme der Gefäßchirurgen sofort nach der Aufnahme die Notoperation. Die Blutleere wurde nach einer Zeit von circa 4,5 Stunden wieder aufgehoben. Operativ erfolgten die Ausschaltung des Popliteaneurysma durch einen popliteo-poplitealen Venenbypass, eine mediale und laterale Fasziotomie des linken Unterschenkels, wobei die Muskulatur bereits herausquoll, sowie die Wundrevision und Hämatomausräumung in der Kniekehle. Die Operation endete nach fast fünf Stunden um 21.03 Uhr. Damit ergab sich eine durchgehende Intubationszeit des Patienten von über neun Stunden.

Weitere Zusatzoperationen zur Deckung der Unterschenkelwunden folgten. Postoperativ blieben die Sensibilität und Motorik des linken Beins eingeschränkt. Eine neurologische Untersuchung zeigte eine Fußheberschwäche links (KG 2/5) durch eine Parese des N. peroneus. Maßnahmen zur Spitzfußprophylaxe wurden eingeleitet.

Am 8. Juni wurde der Patient in eine Rehabilitationsklinik verlegt. Über den weiteren Verlauf lagen keine Unterlagen vor.

In der Bewertung des Sachverhaltes ergaben sich folgende Fragen:

1. Wurde die Magnetresonanztomographie der Kniekehle sachgerecht durch den Radiologen befundet?
2. Durften sich die Orthopäden im Rahmen der horizontalen Arbeitsteilung auf den Befundbericht verlassen und den Eingriff durchführen?

1. MRT vom Radiologen verkannt

Die Magnetresonanztomographie wurde vom Radiologen fehlerhaft befundet. Es lag das charakteristische und unverwechselbare Bild eines 6 x 5,5 x 4,5 cm³ großen Aneurysmas der A. poplitea in der Kniekehle vor (Abbildung 1, Seite 26). Die Differenzialdiagnose wurde nicht einmal erwogen. Der Diagnosefehler des Radiolo-

Tabelle 1 Hinweise auf Organisationsfehler

	Zeitraum 2008 – 2012		Zeitraum 2003 – 2007	
	n	Anteil in % v. n	n	Anteil in % v. n
Gesamtzahl der abgeschlossenen Verfahren	7.109	100,0	6.961	100,0
Verfahren mit vorwerfbaren Behandlungsfehlern	2.205	100,0	2.234	100,00
mit Hinweis auf Organisationsfehler	297	13,47	239	10,70
davon*				
Voll beherrschbares Risiko	116	5,26	88	3,94
Missachten maßgeblicher Befunde	47	2,13	32	1,43
Überwachungsmangel	41	1,86	24	1,07
Keine Inaugenscheinnahme des Patienten	37	1,68	38	1,70
Unterlassung indizierter Maßnahmen	34	1,54	15	0,67
Arbeitsteilung und Kommunikation	18	0,82	35	1,57
Übernahmeverschulden	4	0,18	6	0,27
Unzulässige Delegation ärztlicher Leistungen	/	/	1	0,04
Fehlende Sicherungsaufklärung	172	7,80	103	4,61

* Benennung eines Fehlers pro Verfahren

Tabelle 2 Hinweise auf Organisationsfehler bezogen auf den Tätigkeitsbereich des behandelnden Arztes

1.1.2008 – 31.12.2012	Gesamt		Fehler bejaht			
	N	Anteil in % v. n Sp. 2	n-bejaht 2008 – 2012	davon mit Hinweisen auf Organisationsmängel		
				n	Anteil in % v. n-bejaht	2003 – 2007 Anteil in % v. n-bejaht
Begutachtungen*	7.109	100,0	2.205	297	13,5	10,7
Anzahl der Ärzte ²	8.550	100,0	2.325	310	13,3	11,2
Krankenhausärzte	5.839	68,3	1.542	229	14,9	13,4
Niedergelassene Ärzte	2.711	31,7	783	81	10,3	7,4

* Begutachtungen = Gutachtliche Bescheide oder Einstellungen nach Einholung eines Gutachtens

² Ein Arzt pro Abteilung oder Gemeinschaftspraxis; Belegärzte werden den niedergelassenen Ärzten zugerechnet

gen wurde als schwerwiegend beurteilt, weil er schlechterdings unverständlich war.

2. Unkritische Übernahme der fälschlichen Diagnose

Die Differenzialdiagnose eines Popliteaneurysma wurde auch von den Orthopäden weder bei der Erstvorstellung des Patienten noch unmittelbar präoperativ bedacht, obwohl dieses den häufigsten Grund für eine Raumforderung in der Kniekehle darstellt.

Behandlungsfehlerhaft wurde der Patient weder in der orthopädischen Ambulanz noch präoperativ vom Operateur aus-

reichend klinisch untersucht, insbesondere erfolgte keine Kontrolle der Durchblutungssituation des Beins mit Erhebung des Pulsstatus. Auf welche Untersuchungsbefunde sich die Aussage „die periphere Durchblutung und Sensomotorik sind intakt“ bezieht, ist nicht aktenkundig vermerkt. Gutachtlich war davon auszugehen, dass das Aneurysma bereits klinisch hätte erkannt werden können.

Die kernspintomographische Fehldiagnose wurde trotz Vorlage der MRT-Bilder nicht bemerkt, unkritisch übernommen und der Indikationsstellung für das operative Vorgehen zugrunde gelegt. Eine dopplere-/duplexsonographische Untersuchung

wurde nicht veranlasst, obwohl sie geboten gewesen wäre. Auch erfolgte keine Vorstellung des Patienten mit Befunddemonstration beim Chefarzt oder einem Oberarzt zur Absicherung der OP-Indikation. Das präoperative Vorgehen entsprach damit nicht den Regeln einer verantwortungsvollen Operationsvorbereitung und war als fehlerhaft zu bewerten.

Weil bei der Organisation des Operationsablaufes vom Vorliegen eines Ganglions ausgegangen wurde, wurde der Operateur während der Operation von dem Popliteaneurysma überrascht, ohne adäquat hierauf vorbereitet gewesen zu sein. Ihm war vorzuwerfen, sich trotz präoperativer Inaugenscheinnahme der Bilder auf den schriftlichen MRT-Befund verlassen zu haben, obwohl es zum Facharztwissen der chirurgischen Disziplinen

gehört, ein großes Popliteaneurysma auf einem MRT zu erkennen. Über eine präoperative Untersuchung gibt es keinen Beleg. Wäre sie erfolgt, hätte der Operateur die vermeintliche Diagnose eines „Ganglions“ in Frage stellen und den Eingriff absagen müssen.

Auch intraoperativ gelang es ihm nicht, den klassischen Befund eines Popliteaneurysma (glatte, leicht zu präparierende Wand, Entleerung von altem Blut und Thromben) zu erkennen, was zur Eröffnung desselben führte.

Da zu diesem Zeitpunkt kein anderer Operateur des Hauses in der Lage war, die Situation zu beherrschen, verstrich wertvolle Zeit durch die zwar gut organisierte, bei sorgfältiger Operationsplanung mit regelrechter Operationsindikation zur Beseitigung des Popliteaneurysma aber vermeidbare Verlegung des Patienten.

Das Außerachtlassen der Differenzialdiagnose einer vaskulären Krankheitsgenese sowie das Unterlassen der erforderlichen angiologischen Diagnostik wurde als schwerwiegender Behandlungsfehler bewertet. Durch die Zeitverzögerung mit langer Blutleere bis zur Gefäßrekonstruktion trat ein Kompartmentsyndrom des Unterschenkels auf, das eine bilaterale Fasziotomie erforderlich machte und eine ischämische Peroneusparesis nach sich zog.

Professor Dr. med. Dr. phil. Bernd Luther, Professor Dr. med. Klaus Balzer und Professor Dr. med. Ulrich Mödder sind stellvertretende Geschäftsführende Mitglieder der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein; **Ulrich Smentkowski** und **Dr. med. Beate Weber** gehören deren Geschäftsstelle an.



Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein

62. Fortbildungsveranstaltung

in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

Organisationsverschulden in Klinik und Praxis

Mittwoch, 19. Februar 2014, 16.00–19.30 Uhr, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Begrüßung

Dr. med. Martina Levartz, MPH, Geschäftsführerin des IQN

Moderation und Einführung

Dr. iur. Dirk Schulenburg, MBA,
Justiziar der Ärztekammer Nordrhein

Begriff und rechtliche Folgen

Dr. iur. Dirk Schulenburg

Organisationsverschulden aus Sicht des Klinikers (Rechtliche Gegebenheiten, Schnittstellen, Zuständigkeiten, Rolle des QM)

Dr. med. Dr. rer. san. Kirsten Otten, MPH
Fachärztin für Innere Medizin, Gesundheitswissenschaftlerin

Organisationsverschulden aus der Sicht des Operateurs und Geburtshelfers

Univ.-Prof. Dr. med. Werner Rath, Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, Medizinische Fakultät Universitätsklinikum Aachen

Qualitätsmanagement in der Praxis – wie verhindere ich damit schwerwiegendes Organisationsverschulden?

Dr. med. Oscar Pfeifer, Facharzt für Allgemeinmedizin, Essen

Lernen aus Beinahefehlern, bevor etwas passiert ist

Dr. med. Christian Thomeczek, Geschäftsführer im
Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin

Schlusswort

Dr. iur. Dirk Schulenburg

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldung erforderlich E-Mail: iqn@aekno.de

Zertifiziert 4 Punkte

Rückfragen unter

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Geschäftsführerin: Dr. med. Martina Levartz, MPH
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Tel.: 49 0211 43 02-2751
Fax: 49 0211 43 02-5751

IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein

Einrichtung einer Körperschaft öffentlichen Rechts