

Verkennen einer Extrauterin gravidität

Der Vorwurf, eine Extrauterin gravidität verkannt zu haben, wird zwar selten, jedoch in wiederkehrender Zahl in den Verfahren der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein erhoben und häufiger als im langjährigen statistischen Durchschnitt der übrigen Verfahren bestätigt.

von Hans Georg Bender, Peter Lange, Beate Weber

In den vergangenen fünf Kalenderjahren wurde der Vorwurf einer verkannten Extrauterin gravidität in neun von 701 die Frauenheilkunde und Geburtshilfe betreffenden Verfahren vorgebracht. In sechs Fällen war der der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein vorgetragene Vorwurf begründet. In vier dieser Verfahren wurde die Möglichkeit einer Schwangerschaft als Ursache der Beschwerden nicht in Erwägung gezogen und zum Abschluss kein Schwangerschaftstest und/oder eine β -HCG-Bestimmung durchgeführt (Befunderhebungsfehler). Bei einer Antragstellerin wurde der auffällige sonographische Befund einer vergrößerten Adnexe nicht weiter abgeklärt. In einem anderen Fall wurde das Sonographiebild trotz mehrerer gleichartiger, schwangerschaftsuntypischer Strukturen als intrauterine Schwangerschaft fehlinterpretiert. In einem besonders gelagerten Fall blieb nach einer Abortabasio in der vermeintlich 6. Schwangerschaftswoche bei Z. n. Embryonentransfer bei sekundärer Sterilität mit fehlenden chorialen Anteilen die Möglichkeit einer ektopen Gravidität außer Betracht. Das β -HCG wurde nicht kontrolliert, auch nicht, als sich die Patientin vier Wochen postoperativ mit einem akuten Abdomen wiedervorstellte. Ein weiterer Fall soll nachfolgend geschildert werden.

Sachverhalt:

Die 45-jährige Antragstellerin bat wegen vaginaler Blutungen und Unterbauchschmerzen am 28. Februar telefonisch um einen Untersuchungstermin, der – nach

ihren Angaben auf Grund des Hinweises der Praxis auf die bevorstehenden Karnevalstage – erst am 10. März beim belasteten Frauenarzt möglich war. Trotz Schilderung ihrer Beschwerden sei sie an diesem Tag nicht untersucht worden. Vielmehr habe der Arzt die Diagnose „Beginnende Wechseljahre“ gestellt und eine hormonelle Behandlung mit Cyclo-Progynova® eingeleitet. Sie habe, da keine Besserung eingetreten sei, am 17. März erneut telefonisch mit der Praxis Kontakt aufgenommen und, da kein persönlicher Gesprächskontakt mit dem Arzt möglich gewesen sei, von der Sprechstundenhilfe den Hinweis erhalten, dass sie die tägliche Hormondosis verdoppeln solle. Bei unveränderten Schmerzen und Blutungen sei ihr anlässlich eines weiteren Telefonates am 23. März mitgeteilt worden, dass das Medikament zu Ende genommen werden solle. Zwei Tage später (Freitag) sei sie um 09:00 Uhr trotz Betonung ihres schlechten Allgemeinzustandes wegen der anhaltenden Blutungen und Schmerzen telefonisch auf einen Rückruf des Arztes bis 13:00 Uhr vertröstet worden. Als dieser Rückruf nicht erfolgte, habe sie die Praxis erneut um 15:30 Uhr angerufen. Die Sprechstundenhilfe habe erklärt, der Arzt sei verhindert, als nächstmöglicher Untersuchungstermin komme nur der 29. März um 19:00 Uhr im Krankenhaus bei der Notsprechstunde in Betracht. Am 28. März sei sie morgens kollabiert und mit dem Notarztwagen ins Krankenhaus eingeliefert und dort umgehend operiert worden.

Der belastete Frauenarzt bestätigte in seiner Stellungnahme im Wesentlichen die Darstellung der Patientin, die am 10. März in seiner Sprechstunde über Blutungen seit Periodenbeginn am 21. Oktober und über ziehende Unterbauchschmerzen und Brustspannen geklagt habe. Eine vaginale Untersuchung sei wegen einer notwendigen zytologischen Kontrolle auf das blutungsfreie Intervall verschoben worden. Auf eine vaginale Sonographie habe er verzichtet, da die letzte, erst sechs Monate zurückgelegene Ultraschalluntersuchung ein intramurales Myom als mögliche Erklärung für die ziehenden Unterbauchschmerzen ergeben habe. Zudem

hätten sich in einem Gespräch private Umstände, wie zum Beispiel Umzugsstress, als Ursache von Niedergeschlagenheit und Erschöpfung gezeigt, sodass er die Diagnose einer „Belastungsreaktion im Rahmen einer klimakterischen Blutungsstörung“ gestellt und zur Stillung der Dauerblutung Cyclo-Progynova® verordnet habe.

Die von der Patientin angeführten telefonischen Praxiskontakte im März wurden nicht dokumentiert. Der belastete Frauenarzt bestätigte diese jedoch im Wesentlichen durch ein nachträglich gefertigtes Gedächtnisprotokoll. Am 17. März habe er wegen der anhaltenden Blutungen die weitere Einnahme des Medikaments und am 23. März die Dosisverdopplung empfohlen. Am 25. März sei die Zusage des Rückrufs wegen Verhinderung nicht eingehalten worden. Weiterhin gibt er an, dass die von ihm seit 2002 betreute Patientin sich wiederholt mit Unterbauchschmerzen, Zwischenblutungen, Zyklusstörungen und Ängsten wegen Brustspannens vorgestellt habe. Er habe deshalb wiederholt Ultraschalluntersuchungen durchgeführt und 2009 eine Mammographie veranlasst. Am 25. März seien zwar eine Blutungspersistenz, aber „ausdrücklich“ keine Schmerzen geäußert worden.

Nach den Eintragungen in der Praxis-karteikarte hatte die Patientin bei der letzten, sechs Monate zurückliegenden Untersuchung keine Unterbauchschmerzen angegeben. Nur im Jahr 2002 wurde demnach über eine Dysmenorrhoe und Mittelschmerz und 2008 über einen Mittelschmerz sowie Druckschmerz an Portio und linkem Adnex geklagt. Blutungsstörungen waren 2003 zweimal und 2006 einmal beklagt worden. Bei den Untersuchungen im Jahr 2003 und den jeweils einmaligen Untersuchungen in den Jahren 2006, 2007 und 2008 waren Blutungen der Portiooberfläche bei Ektopie festgestellt worden.

Für den 10. März wurde dokumentiert: „Dauerblutung seit 21.02. (Umbaustress), wechselnd bräunlich-rot, UBS, Schmerz li. UB, Brustspannen → Cyclo-Progynova wegen Leber-OP nur kurzfristig. 28.03. EUG als Notfall, Arztwechsel n. OP.“

Im Entlassungsbericht des Krankenhauses heißt es auszugsweise bezüglich der stationären Behandlung vom 28. März bis 1. April:

„Diagnose: Tubare Extrauteringravidität links, akute Blutungsanämie.

Therapie: Totale Salpingektomie bei Extrauteringravidität, endoskopisch, Transfusion von Erythrozytenkonzentraten.“

Gutachtliche Beurteilung

Die drei telefonischen Praxiskontakte im März hätten dokumentiert werden müssen. Dem behandelnden Arzt obliegt die Pflicht, jedenfalls die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die wesentlichen Verlaufsdaten zeitnah zu dokumentieren (vgl. z. B. OLG Düsseldorf, MedR 1996, 79). Diese Pflichtverletzung hat die Gutachterkommission kritisiert.

Verletzungen der Dokumentationspflicht sind zwar grundsätzlich keine Behandlungsfehler. Die wesentliche Bedeutung von Dokumentationsmängeln liegt vielmehr in den beweisrechtlichen Folgen. Die unterbliebene, mangelhafte oder lückenhafte Dokumentation indiziert nach der Rechtsprechung, dass die Maßnahme(n) nicht durchgeführt wurde(n), das heißt, es wird zulasten des Arztes (widerlegbar) vermutet, dass die ärztlichen Maßnahmen unterblieben sind oder nicht fachgerecht ausgeführt wurden (vgl. z. B. BGH, Urt. V. 07.05.1985 - VI ZR 224/83, NJW 1985, 2193; vgl. zum Umfang der Dokumentationspflicht und zu den Aufbewahrungsfristen den dreiteiligen Beitrag „Dokumentation in der Praxis“ in KVNO aktuell, Dezember 2001, S. 30 ff., Januar/Februar 2002, S. 28 ff., März 2002 S. 30 ff.).

Da die Inhalte der im März geführten Telefonate im Wesentlichen unstreitig waren, war die grundsätzliche Indizwirkung des Dokumentationsmangels hier ohne Bedeutung. Verletzungen der Dokumentationspflicht können ausnahmsweise Behandlungsfehler sein, wenn sie eine sonst überflüssige Diagnoseuntersuchung oder vermeidbare Fehltherapie zur Folge hatten, auch wenn diese lege artis durchgeführt wurden (Laum/Smentkowski, Ärztliche Behandlungsfehler – Statut der Gutachterkommission, 2. Auflage, S. 110). Ist die als unterblieben zu erachtende Maßnahme als grober Behandlungsfehler zu bewerten oder stellt sie sich als Verstoß gegen medizinisch zweifelsfrei gebotene Befunderhe-

bungspflichten dar, so kann der Dokumentationsmangel auch zu der Vermutung führen, dass hierdurch Gesundheitsschäden eingetreten sind (Kausalitätsvermutung). Als Behandlungsfehler waren die beanstandeten Dokumentationsmängel nicht zu bewerten.

Als behandlungsfehlerhaft zu rügen war jedoch, dass die Patientin nicht zu einer weiteren Untersuchung wieder einbestellt wurde und der belastete Arzt nicht in weitere differenzialdiagnostische Überlegungen eintrat. Es war sachlich nicht vertretbar, Beschwerden als psychosomatisch zu erklären, ohne vorher zu überprüfen, ob nicht somatische Prozesse die Beschwerden verursachen und einer mehr oder weniger dringlichen Behandlung bedürfen. Die Patientin weist zu Recht darauf hin, dass es die Aufgabe des Arztes ist, im Rahmen differenzialdiagnostischer Überlegungen auch die richtigen anamnestischen Fragen zu stellen, im vorliegenden Fall zum Beispiel auch die Möglichkeit einer Schwangerschaft zu bedenken.

Die vom Frauenarzt angeführten Gründe entlasten ihn nicht von der Pflicht, bei einer Frau mit Blutungen und Unterleibsschmerzen im reproduktionsfähigen Alter die Möglichkeit einer Schwangerschaft und auch einer extrauterinen Schwangerschaft in die differenzialdiagnostischen Erwägungen und Untersuchungen mit einzubeziehen. Ein intramurales Myom ist nur in Ausnahmefällen eine Erklärung für Dauerblutung und Unterbauchschmerzen – insbesondere hätte unter der Annahme von Myombeschwerden eine sonographische Kontrolle erfolgen müssen, um außergewöhnliche Konstellationen im Zusammenhang mit dem Myom, wie rasches Wachstum oder Erweichung, auszuschließen.

Bei den fünf dokumentierten Blutungen in den neun Betreuungsjahren waren vier Blutungsursachen der Portiooberfläche zuzuordnen und wiesen einen anderen Charakter als die lang anhaltende uterine Blutung im März 2011 auf. In der Tat hätte eine zytologische Untersuchung in ein blutungsfreies Intervall verschoben werden müssen; dies begründet allerdings nicht den Verzicht auf die sonstige Abklärung akuter Beschwerden.

Vor dem Hintergrund der unterbliebenen Befunderhebung gewinnt der Behandlungsfehler den Charakter eines Befunderhebungsfehlers, denn der Schwerpunkt der Pflichtverletzung des belasteten Arztes

liegt nicht in der fehlerhaften, nicht mehr vertretbaren Diagnose einer „Belastungsreaktion im Rahmen einer klimakterischen Blutungsstörung“, sondern in der unterbliebenen Erhebung der gebotenen Befunde (vgl. zur Abgrenzung des Diagnosefehlers vom Befunderhebungsfehler Martis – Winkbart, Arzthaftungsrecht, 4. Auflage, S. 741 und 1481 ff. m.w.N.; vgl. insbesondere auch BGH, Urt. v. 21.12.2010 – VI ZR 284/09, VersR 2011, 44 ff.). Nach der Rechtsprechung erfolgt bei der Unterlassung der gebotenen Befunderhebung eine Beweislastumkehr hinsichtlich der haftungs begründenden Kausalität – das heißt hinsichtlich des durch die unterbliebene Befunderhebung herbeigeführten Gesundheitsschadens (sog. Primärschaden) –, wenn bereits die Unterlassung einer aus medizinischer Sicht gebotenen Befunderhebung einen groben ärztlichen Fehler darstellt (etwa im Falle des Unterlassens elementar gebotener diagnostischer Maßnahmen). Zudem kann auch eine nicht grob fehlerhafte Unterlassung der Befunderhebung dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Gesundheitsschaden führen, wenn sich bei der gebotenen Abklärung der Symptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so deutlicher und gravierender Befund ergeben hätte, dass sich dessen Verkennung als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde und diese Fehler generell geeignet sind, den tatsächlich eingetretenen Gesundheitsschaden herbeizuführen. Wahrscheinlich braucht der Eintritt eines solchen Erfolges nicht zu sein. Die verspätete Befunderhebung steht einer unterlassenen Befunderhebung gleich. Eine Umkehr der Beweislast ist nur dann ausgeschlossen, wenn jeglicher Ursachenzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist oder es dem beschuldigten Arzt durch seine Stellungnahme gelungen ist, zu beweisen, dass der Kausalzusammenhang zwischen den festgestellten Gesundheitsschäden und seinem Behandlungsfehler nicht vorliegt (vgl. hierzu Martis-Winkbart, a.a.O. S. 1452 ff. und Johannes Köbberling: Diagnoseirrtum, Diagnosefehler, Befunderhebungsfehler. Verlag Versicherungswirtschaft Karlsruhe 2013: S. 115 ff.). Dies war hier nicht der Fall.

Bezüglich der geltend gemachten Schäden ist anzumerken: Der erlittene große Blutverlust erforderte die intraoperative Applikation von zwei Erythrozytenkon-

zentraten. Trotzdem war bei der Entlassung der Hämoglobinwert auf 7,8 g/dl erniedrigt. Eine postoperative Anämie ist nach größeren Operationen bzw. nach Tubenrupturen keine Seltenheit. Sie kann zu verminderter Leistungsfähigkeit und Schwächegefühl für drei bis vier Wochen führen. Sie lässt sich jedoch im Allgemeinen durch die entsprechende Therapie schnell beheben. Dauerschäden sind kaum zu erwarten.

Bezüglich der psychischen Beeinträchtigung, die die Patientin geltend macht, weil sie keine Kinder mehr bekommen könne, ist Folgendes anzumerken: Die

Chancen für eine Frau, mit über 45 Jahren schwanger zu werden, dürfte unter 15 Prozent, die, ein Kind auszutragen – wegen der in diesem Alter erhöhten Fehlgeburt rate – weit unter zehn Prozent liegen. Richtig ist, dass sich durch den Verlust eines Eileiters die Chancen zusätzlich verschlechtern. Die Lokalisation der ektopischen Schwangerschaft bei der Patientin in der Tubenisthmuszone schloss den Erhalt der Tube – auch zu einem früheren Zeitpunkt – aus, zeigte aber auch, dass durch eine vorausgegangene Schädigung des Eileiters an dieser Stelle die Passage für einen Embryo nicht möglich war. Der

Eileiterverlust bedeutet in diesem Fall insofern keine zusätzliche Minderung der Fertilität. Vor diesem Hintergrund wurde die Annahme eines psychischen Schadens beziehungsweise dessen Nachweis verneint.

Professor Dr. med. Hans Georg Bender ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied, Vorsitzender Richter am Landessozialgericht a. D., **Dr. jur. Peter Lange** ist Stellvertretender Vorsitzender und **Dr. med. Beate Weber** ist Angehörige der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.



Rechte und Pflichten von Weiterbildungsbefugten Eine Informationsveranstaltung der Ärztekammer Nordrhein

Termin:

Donnerstag, 26. November 2014, 17.00 bis 20.00 Uhr

Ort:

Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Programm:

17.00 Uhr

Begrüßung und Einführung

Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung 2014

Professor Dr. med. Susanne Schwalen,
Geschäftsführende Ärztin der Ärztekammer Nordrhein

17.30 Uhr

Die ambulante Perspektive: Weiterbildung in der Hausarztpraxis

Dr. med. Arndt Berson, MHBA, Stellvertretender Vorsitzender der
Weiterbildungskommission der Ärztekammer Nordrhein, Hausarzt in Kempen

18.00 Uhr

Die stationäre Perspektive: Weiterbildung in der Klinik

PD Dr. med. Hansjörg Heep, Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer
Nordrhein, Leitender Oberarzt, Stellvertreter des Direktors der Klinik für
Orthopädie des Universitätsklinikums Essen der Universität Duisburg-Essen

18.30 Uhr

Weiterbildung im Wandel der Zeit

Dr. med. Dieter Mitrenga, von 1978 bis 2014 Vorsitzender der
Weiterbildungsgremien der Ärztekammer Nordrhein, Ärztlicher Direktor
des Krankenhauses der Augustinerinnen in Köln

19.00 Uhr

Fragerunde mit den Referenten und dem Leiter der Abteilung Weiterbildung

Dipl.-Volksw. Karl-Dieter Menzel

20.00 Uhr

Verabschiedung

Ende der Veranstaltung

Die Veranstaltung ist mit 4 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Die Teilnahme ist kostenfrei, eine Anmeldung erforderlich formlos per Mail: schiffer@aecko.de oder Fax: 0211/4302-5246.

Für Rückfragen steht Ihnen Frau Schiffer Tel.: 0211 4302-2246 zur Verfügung.

Sie finden kostenlose Parkmöglichkeiten in der Tiefgarage, Einfahrt Tersteegenstr. 9.

www.aekno.de

Sie erreichen uns mit der U78 und U79, Haltestelle Theodor-Heuss-Brücke,
Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf