

Medizinische Begutachtung aus Sicht eines Gutachters

Dr. Frank Peter Job

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin
Chefarzt Prevention Center - Vivantes Humboldt-Klinikum Berlin



Studium der Humanmedizin Universität Düsseldorf
Promotion (summa cum laude) Universität Düsseldorf

Beruflicher Werdegang

Universitätsklinikum Zürich (Medizinische Poliklinik)
Städtische Krankenanstalten Bielefeld Mitte (Kardiologie)
Universitätsklinikum Aachen (Kardiologie, Nephrologie, Intensivmedizin)

Ltd. Oberarzt St. Martinus Krankenhaus Düsseldorf (Innere Medizin)

Fellow of the European Society of Cardiology, European Cardiologist, Member New York Academy of Science

2000-2017 Chefarzt der Abteilung Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin

2001-2017 Ärztlicher Direktor

seit 08/2017 Chefarzt Vivantes Prevention Center

im Department Innere Medizin, Kardiologie, Nephroplogie, Geriatrie (Humboldt-Klinikum Berlin)

Disclaimer für diesen Vortrag: Keine Interessenkonflikte



Gutachtertätigkeiten seit ca. 1998 für

Staatsanwaltschaften:

Berlin
Frankfurt (Oder)
Magdeburg

Amtsgericht:

Berlin-Tiergarten

Sozialgerichte:

Berlin
Cottbus

Kammergericht (OLG):

Berlin

Landgerichte:

Berlin
Lübeck
Stralsund
Frankfurt (Oder)
Neuruppin
Kiel
Potsdam
Düsseldorf
Aachen

Schlichtungsstelle für

Arzthaftungsfragen:

Hannover

Wissenschaftlicher Leiter der curricularen Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ der Ärztekammer Berlin (Modul Ic Zustands-und Kausalitätsgutachten)

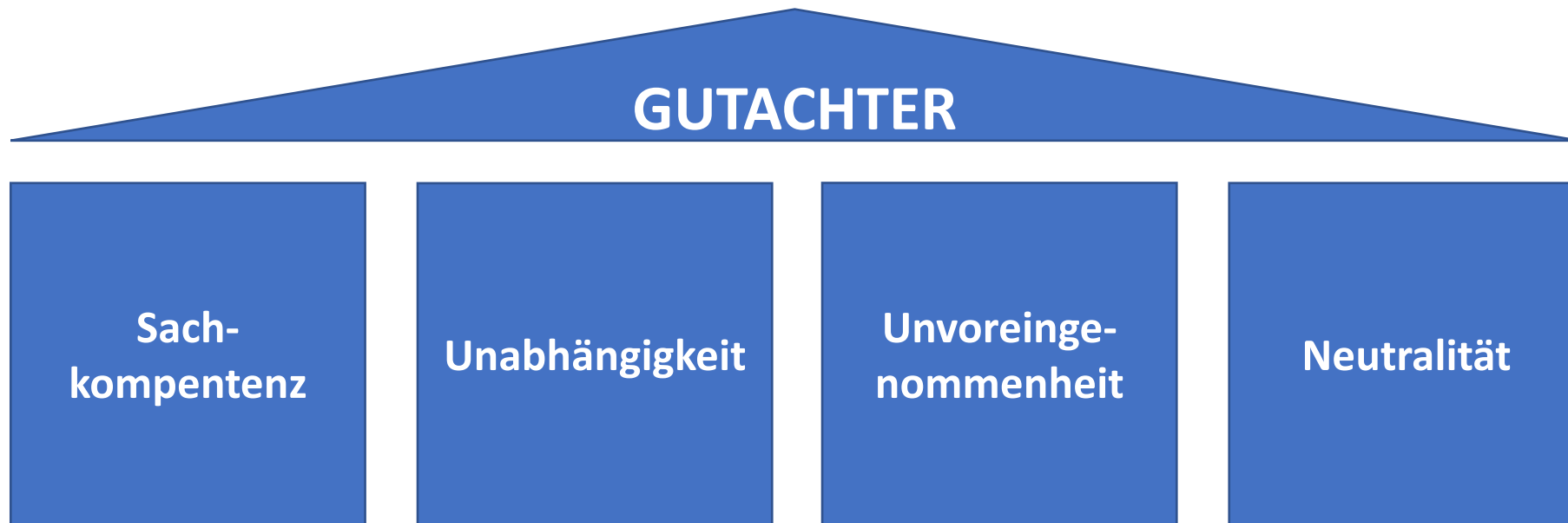
Was Sie in diesem Vortrag erwartet:

- Aufgaben der Gutachterin/des Gutachters aus seiner/ihrer Sicht
- Fallbesprechung aus einem aktuellen Verfahren (Kausalitätsgutachten)
- Nosokomiale Infektionen: Interessantes für Juristen
- Blitzlicht: Wahrscheinlichkeiten, Vorschaden, Coronakrise, die ersten Klagen kommen. Eine besondere Herausforderung.

Diskussion

Aufgabe des Gutachters

- “Unter Gutachten verstehen wir die **streng wissenschaftliche Erklärung** einer im Auftrag des Gerichts unternommenen Exploration einer Person oder einer Sache. (Es wird gefordert) ... dass der Gutachter eine **auch dem Laien zugänglichen Sprache** sich befleißige (und) ... den wissenschaftlichen Beweis **streng logisch, aber zugleich kurz und bündig**, mit Vermeidung jeden Schwulstes durchführe.“
- *Enzyklopädie der Gesamten Heilkunst, 1896*



Aufgabe des Gutachtens

Die drei wesentliche Aufgaben:

Medizinischen
Sachverhalt klären

Das in Vorwurf
geratene ärztliche
Handeln
zum Zeitpunkt des
Geschehens
bewerten

Klären, ob
hierdurch ein
(gesundheitlicher)
Schaden verursacht
wurde

Dabei immer die Quelle der Information nennen!

TRANSPARENZ für alle Beteiligten

Stets an den Auftrag (**Beweisfragen**) halten.

Außer bei der direkten Patientenuntersuchung

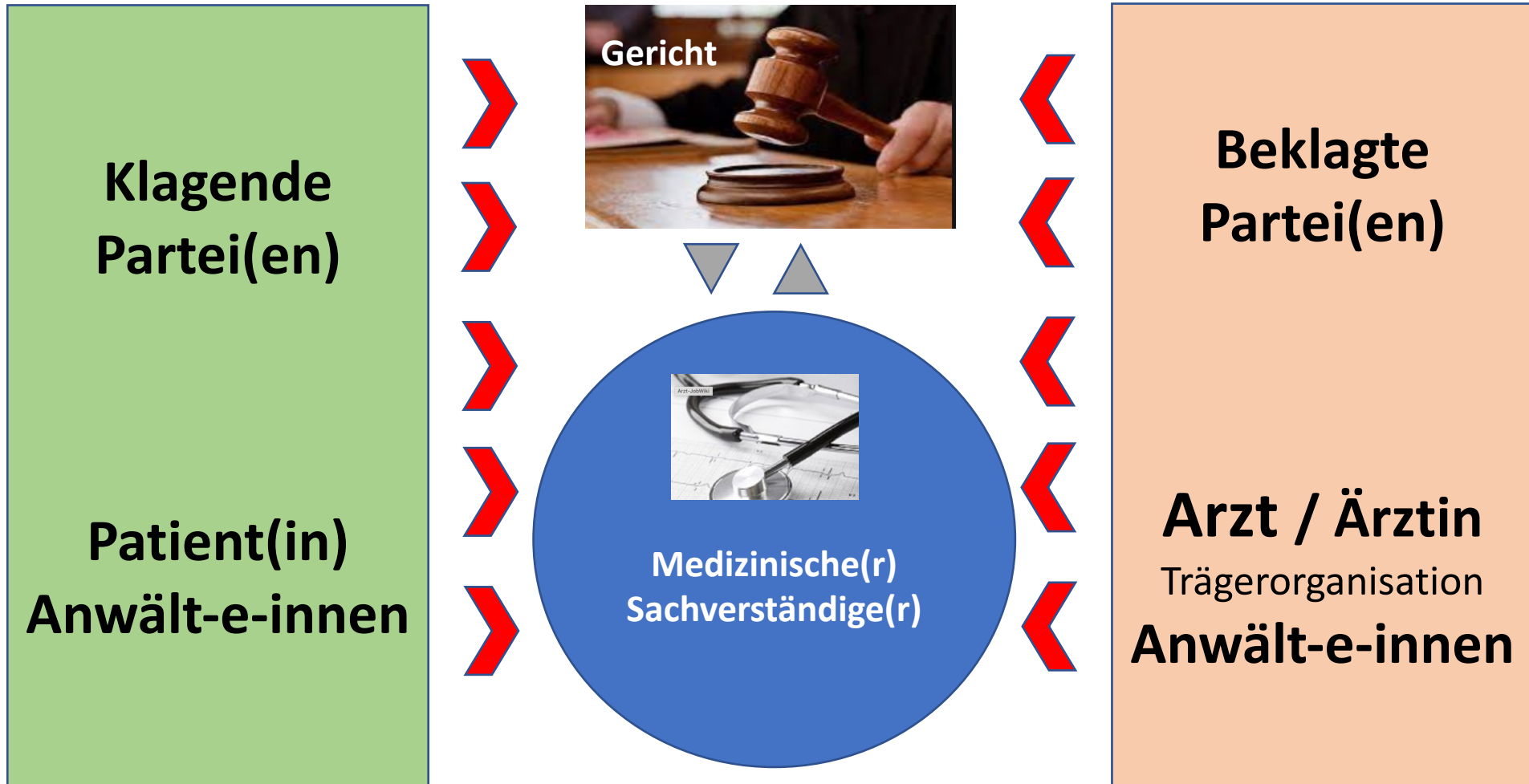
kein Kontakt zu den Prozess-Parteien.

Die Kommunikation läuft nur über das Gericht, wenn das Gericht dies anders will, teilt es dies mit. Dann aber VORSICHT!.

Hält der Gutachter **Änderungen im Begutachtungsauftrag** für erforderlich, so schlägt er diese zunächst dem Auftraggeber (Gericht) vor, welcher allein über die Änderung entscheidet.



Spannungsfeld verschiedener Interessen





Ärztliche Sachverständige

- agieren in einer für sie ungewohnten Arena
- verfügen allenfalls über juristisches Teilwissen
- sind mit Prozesstaktiken oft nicht so vertraut

Sie sollten

- nur nach entsprechender Zusatzausbildung als Gutachter beauftragt werden (Gutachterverzeichnis der Ärztekammer)
- sich an bestimmte Regeln halten
- eine kritische Haltung gegenüber Vorgutachten bewahren

Beispiele aus dem Gutachteralltag vor Gericht:

... „diesem Arzt sollte man die Approbation entziehen“

... „vielleicht sollte man mal einen richtigen Arzt fragen“

Fallbeispiel:

A.M., männlich, 58 Jahre, 160 kg (BMI > 40) erleidet einen folgeschweren **Schlaganfall** nach einer geplanten, aber nicht durchgeführten Phimoseoperation und klagt gegen die Klinik wegen eines groben Behandlungsfehlers.

Vorgeschichte

Der Patient ist Träger einer **Kunstklappe in Aortenposition**, weswegen er lebenslang gerinnungshemmende Medikamente (Marcumar) einnehmen muss, deren Effektivität er anhand der INR Wertes selbst überprüft. Der Zielkorridor für die Sicherstellung einer ausreichenden Gerinnungshemmung liegt unter Berücksichtigung seiner Risikofaktoren zwischen **2,5 und 3,5**.

Wegen der langen Halbwertszeit des Marcumars werden Patienten präoperativ meist auf ein besser steuerbares Präparat (in diesem Fall Enoxaparin) umgestellt. Die korrekte Dosis ist dabei **1mg/kg Körpergewicht, 2 x täglich s.c.**

Dies geschah durch die Hausärztin auch in diesem Fall, allerdings verordnete sie das Enoxaparin nur einmal tgl. in einer Gesamtdosis von 80 mg.

Etwa 10 Tage vor dem Medikamentenwechsel wurde bei dem Patienten eine **transthorakale Stress-Echokardiographie** Bei Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung durchgeführt. Hier ergab sich kein pathologischer Befund.

Der Patient stellte sich dann zur Operation in der urologischen Krankenhaus vor. Am Tag vor dem geplanten Eingriff, wurde das Enoxaparin abgesetzt, was nicht zu beanstanden ist.

Am Operationstag wurde dem Patienten mitgeteilt, dass die Operation nicht stattfinden könne. Deshalb wurde er auch wieder entlassen. Im Entlassungsbrief stand der Vermerk, es solle sich umgehend bei der Hausärztin melden. Angaben zum weiteren Verfahren bezüglich der Gerinnungshemmung wurden keine gemacht.

Der Patient stellte sich daraufhin am Tag nach der Entlassung wieder bei der Hausärztin vor. Diese verordnete wiederum Enoxaparin in der vorbekannten Dosis und riet ihm, parallel wieder mit dem Marcumar zu beginnen.

Am Folgetag erlitt der Patient einen für in folgeschweren Schlaganfall und musste deshalb erneut stationär aufgenommen.

Im Rahmen der Ursachensuche erfolgte eine **transösophageale Echokardiographie**, bei der mehrere Thromben auf der Kunstklappe in Aortenposition gefunden wurden. Es ist an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass hierin die Ursache für den Schlaganfall liegt.

Warum werden Gerinnungshemmer vor Operationen abgesetzt und wird entschieden ?

Einige medizinische Fakten hierzu:

Das perioperative Blutungsrisiko liegt bei fortgesetzter Blutverdünnung für schwere Blutungen bei **1,7 %** und für leichte Blutungen bei **3,9 %**.

Über das Verfahren zum Umgang mit Blutverdünnern entscheidet der **Operateur/die Operateurin** nach ausführlicher **Aufklärung** des Patienten. Im vorliegenden Fall ist eine solche Aufklärung nicht dokumentiert.

Bemerkenswert ist, dass die zunächst ausgesetzte Phimoseoperation einige Wochen später unter laufender Blutverdünnung ohne Komplikationen nachgeholt wurde.

Auch unter regelrechter Antikoagulation kommt es (trotzdem) bei Kunstklappenträgern zu thrombo-embolischen Ereignissen.

Die Erwartungshäufigkeit hierfür liegt laut Literatur hier bei **0,75 % pro anno**.

Zu klären ist jetzt ob sich die Thromben auf der Aortenklappe und damit die Schlaganfallursache

- auf die gänzlich fehlende Gerinnungshemmung während der zwei Tage in der Klinik der Beklagten zurückführen lassen (Klinik)
- aus der unterdosierten Gerinnungshemmung während der präoperativen Phase (Bridging) erklärt (Hausärztin)
- aus einer teilweise unzureichenden Antikoagulation in Eigenregie des Patienten vor der Umstellung des Marcumars erklären lässt

1.

-gänzlich fehlende Gerinnungshemmung während der zwei Tage in der Klinik der Beklagten

Dies ist grundsätzlich **möglich**. Literatur zu diesem Spezialfall gibt es keine.

Die Wahrscheinlichkeit einer „de novo“ Thrombenbildung ist jedoch sehr **unwahrscheinlich**.

Das Absetzen der kompletten Gerinnungshemmung am Tag vor großen Operationen ist eine gängige Prozedur und führt in der Regel **nicht** zu erhöhten Thromboembolischen Ereignissen.

Es gehört nach Auffassung des Gutachters zur Sorgfaltspflicht des behandelnden Klinikarztes sich bei Patienten mit Kunstklappen um die ordnungsgemäße Fortführung der Antikoagulation zu kümmern und den Patienten hierzu zu beraten.



-unterdosierte Gerinnungshemmung während der präoperativen Phase (Bridging, Hausärztin)

Fehlerhaft sind hier zwei Behandlungstatsachen:

1. Die Dosis von 80 mg ist als **Einzeldosis** bezogen auf das Körpergewicht des Patienten **zu gering** gewesen. Rein rechnerisch ergäbe sich eine Einzeldosis von 160 mg.
Aber: Enoxaparin wird im Fettgewebe nicht verstoffwechselt. Deshalb ist es unklar, wie hoch die effektive Dosis bei sehr adipösen Patienten wirklich sein sollte. Hier hilft die Anti-Faktor Xa Bestimmung vier Stunden nach der Heparin-gabe zur Ermittlung der **funktionellen Heparinkonzentration**.
2. Patienten mit Kunstklappen in Aortenposition mit zusätzlichen Risikofaktoren (hier Hypertonie und Vorhofflimmern) gehören zur mittleren Risikogruppe, für die die zweimal-tägliche Verabreichung von Enoxiparin zu fordern ist. Ohne die Risikofaktoren wäre eine einmalige Gabe vertretbar gewesen.

3.

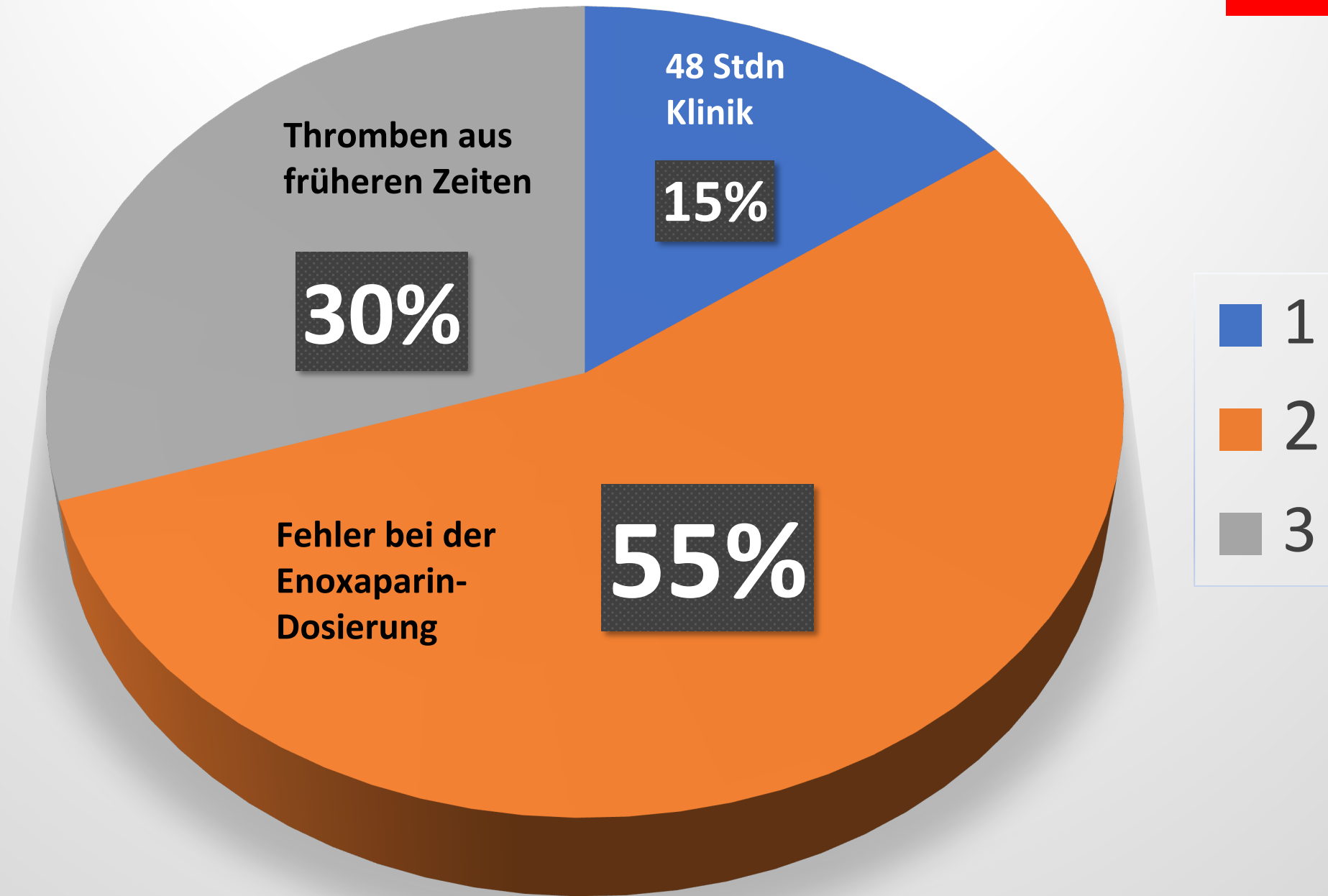
- teilweise unzureichenden Antikoagulation in Eigenregie des Patienten vor der Umstellung des Marcumars

Die Durchsicht der Prozessakten durch den Gutachter ergab:

1. dass der Kläger durch die von ihm in Eigenverantwortung ausgeführte Gerinnungskontrolle vielfach unzureichende INR Werte herbeigeführt hat. Bei der Durchsicht des Aufnahmelaors aus Krankenhaus-aufenthalt in den davorliegenden Jahren ergaben sich immer wieder teils gefährlich niedrige INR Werte (oft unter 2,5, gelegentlich aber auch unter 2).
Hierdurch hätte es auch im Vorfeld schon zu Thrombenanlagerungen auf der Kunstklappe kommen können. Wann diese Thromben zu Embolien führen, ist völlig ungewiss. Die Anlagerung von neuen Thromben auf bereits zuvor thrombosierten Thromben ist ebenfalls denkbar (Verschlimmerung des Vorbefundes).
2. Hierzu wurde von der beklagten Partei ausgeführt, dass bei einer wenige Wochen zuvor durchgeführten transthorakalen Echokardiographie keine Thromben dagewesen wären. Diese Untersuchung lag dem Gutachter nicht vor. Tatsache ist jedoch, dass aufgrund der dorsalen Schallauslöschung hinter Kunstklappen Thromben auf der Klappenoberfläche von Prothesen transthorakal verschattet bleiben können. Für die Diganosestellung nach dem Schlaganfall wurde ein transösophageale Untersuchung verwendet, bei der dieses Problem nicht auftritt. Damit entfällt das "normale" Stressecho als Indiz dafür, dass die Klappe vor der Gerinnungsumstellung thrombenfrei war.

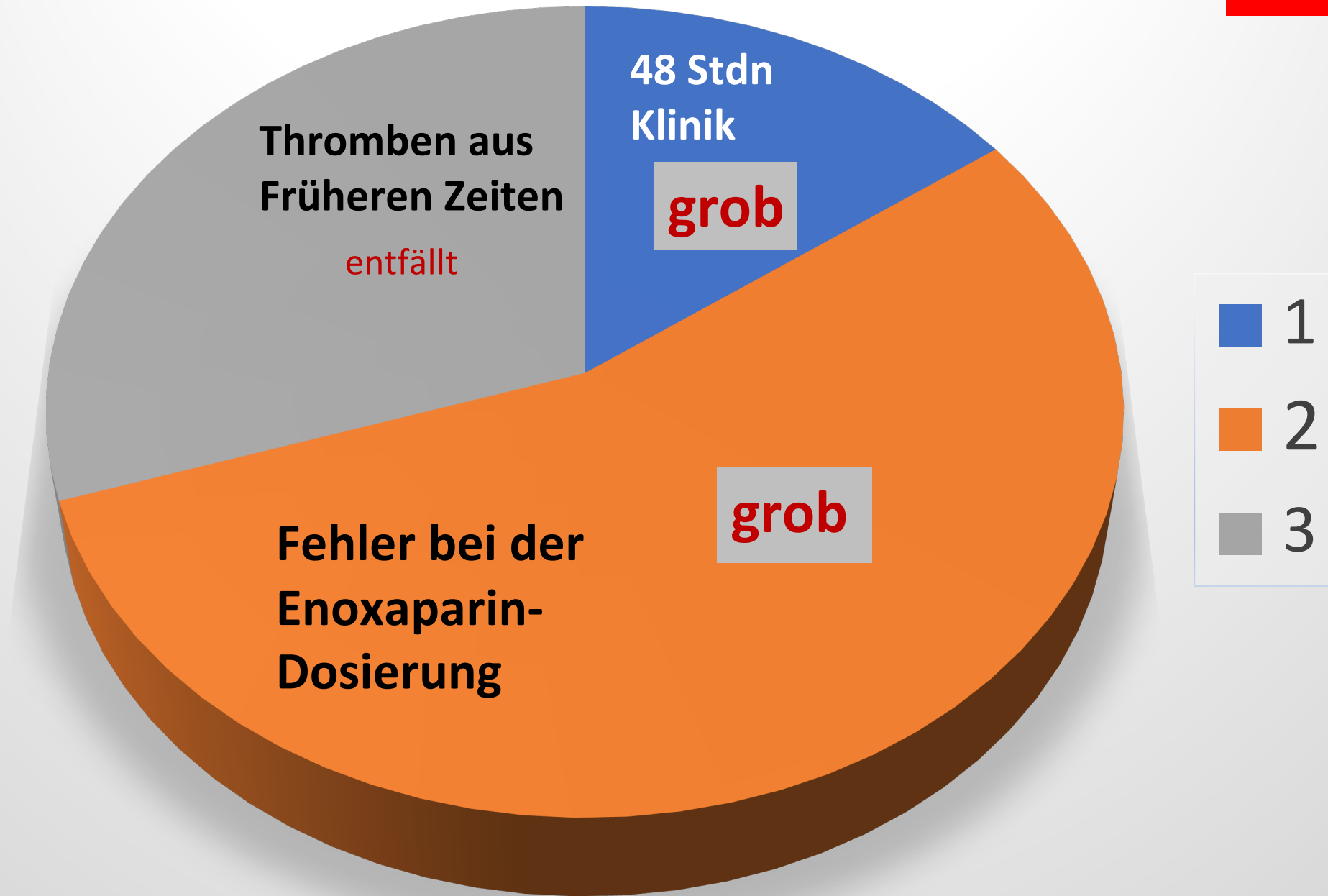
Wahrscheinlichkeiten aus Sicht des Gutachters

Fallvorstellung



Fehlerschwere (einfach/grob)

Fallvorstellung

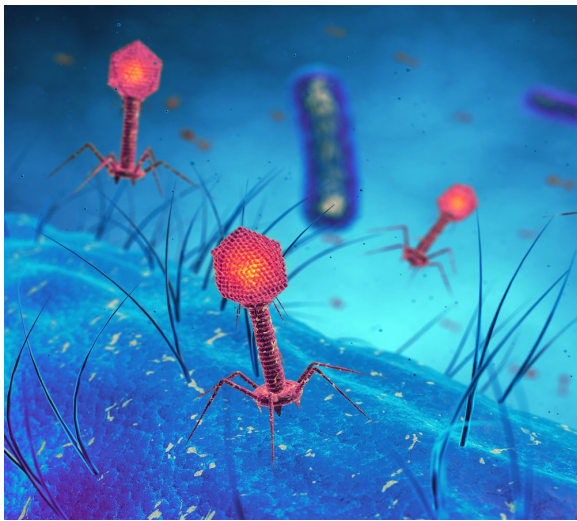


Kausalität ?

Alle 3 Fehler für sich wären geeignet gewesen, den Schaden herbeizuführen.

Es ist möglich, dass durch jeden einzelnen Fehler ein vorbestehender Schaden noch vergrößert wurde

Das Gericht hat den Parteien geraten, in Vergleichsverhandlungen einzutreten.



Klagen wegen nosokomialer Infektionen

400.000 bis 600.000 Fälle

2-3 % aller stationären Behandlungsfälle

7.500 Todesfälle

0,4 % aller stationären Behandlungsfälle

20-30 % davon vermeidbar

(ca 1.800 Tote und ca. 150.000 Infektionen)

Nosokomiale Infektionen

endogen

85 %
ITS 62 %

Primär

Körpereigene Erreger werden bei Immunschwäche zu Infektionserregern

Sekundär

Körpereigene Erreger gelangen durch Manipulation (z.B. Katheter) in den Körper

15 %
ITS 38 %

Erreger gelangen von anderen Patienten oder durch das Personal oder durch Kontakt (Hände) oder über Instrumente oder aus der Umwelt zum Patienten

exogen

21 % ESBL* in Stuhlproben von Reisenden aus Süd-Asien

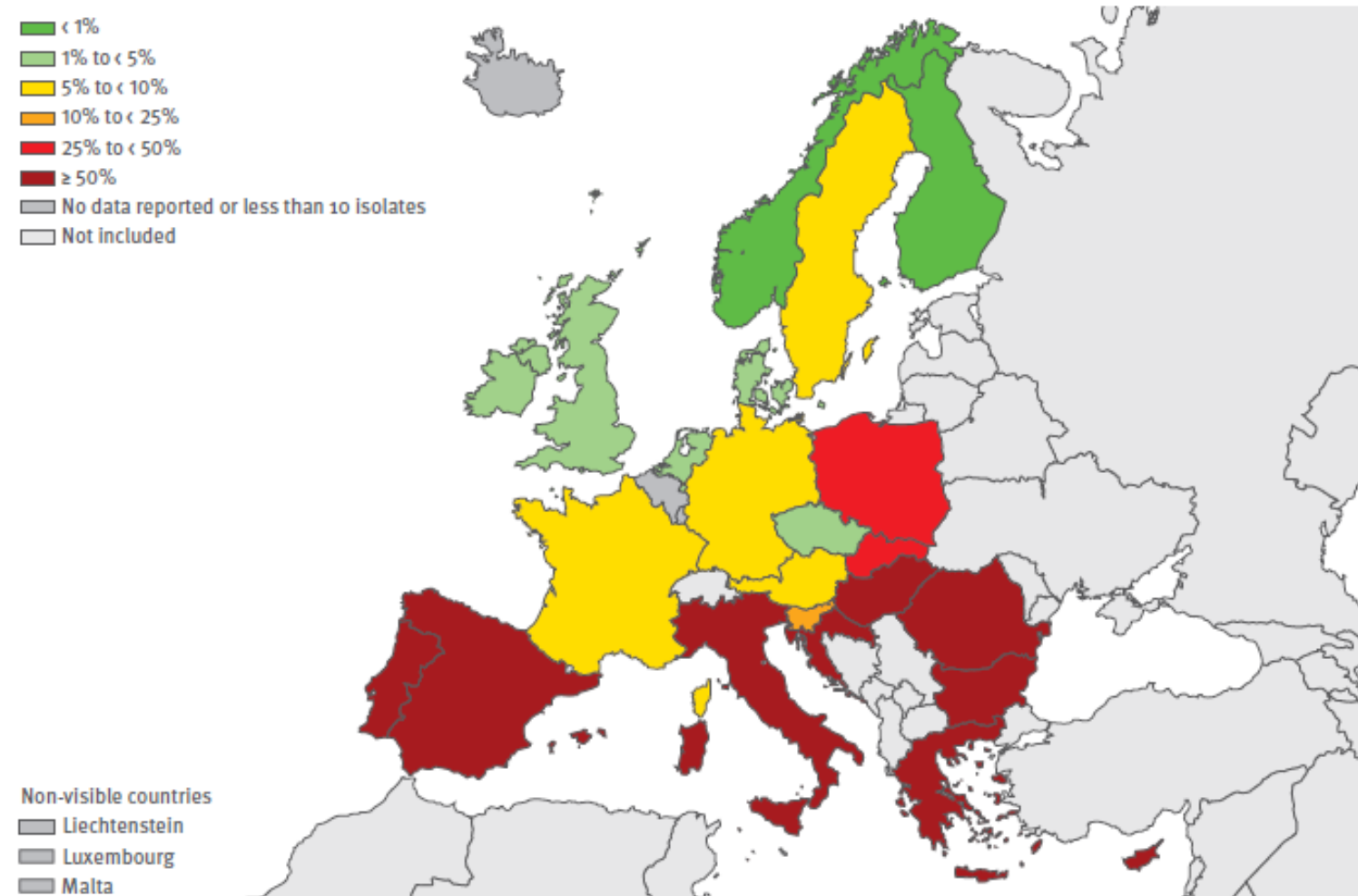
- Patienten, die wegen eines Durchfalls auf der Reise **Antibiotika** eingenommen hatten, waren zu **80 %** mit ESBL infiziert
- Schwächung der Darmflora durch Antibiotika



**ESBL (Extended Spectrum Betalactamase, wodurch Antibiotika wirkungslos werden können)*

EARS-Net 2013 - Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Resistenz

Figure 3.19. *Acinetobacter* spp. Percentage (%) of Invasive Isolates with resistance to carbapenems, by country, EU/EEA countries, 2013



High prevalence of ESBL in organic and conventional retail chicken meat, Germany.

Kola A et al., J Antimicrob Chemother. 2012 Nov;67(11):2631-4

- **399** Hühnerfleisch-Proben von neun **Supermärkten**, vier **Biomärkten** und einem **Metzger** (Berlin und Greifswald) wurden auf ESBL untersucht:
- **Nachweis von 185 ESBL- Isolate (V. a. E. coli) aus 175 Proben (43,9%)**
 - 73% Co-Resistenz gegen Tetrazyklin
 - 35,7% Co-Resistenz gegen Cotrimoxazol
 - 7,6% Co-Resistenz gegen Ciprofloxacin

Kein Unterschied zwischen Super - und Biomärkten

Was bedeutet dies für die Begutachtung ?

Es lässt sich im Einzelfall sehr schwer nachweisen, ob es sich um eine endogene oder exogene Infektion handelt.

Es lässt sich aber objektiv prüfen, ob in der beklagten Institution

- angemessene Hygienepläne und Verfahren strukturiert vorliegen
- Maßnahmen im konkreten Fall eingehalten wurden (Dokumentation)

Einschätzen von Wahrscheinlichkeiten

... wenn der allgemeine Sprachgebrauch auf eine Fachsprache trifft ...

Ergebnis einer Befragung zu Beginn des Kurses „Medizinische Begutachtung“

Frage: Was bedeutet überwiegende Wahrscheinlichkeit in einem Kausalitätsgutachten ?

Überwiegend wahrscheinlich bedeutet...		
mehr als zu 50% wahrscheinlich, Wahrscheinlichkeit ab 51 %	89 %	
so wahrscheinlich, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht mehr maßgeblich in Betracht fallen	11 %	

Berücksichtigung von Vorschäden bei der MdE (PKW Haftpflicht)

Fall: Bei einer 50 jährigen Grundschullehrerin wurde bei einem Verkehrsunfall der linke Oberschenkel nach einem Überrolltrauma mit Zerquetschung amputiert. Mit der Prothese komme sie gut zurecht. Nach dem Unfall hatte sie über Monate Alpträume und konnte sich schlecht konzentrieren.

Drei Jahre vor dem Unfall trug sie als Folgeschaden einer Verletzung des linken Beins eine Peroneus-Parese davon, weswegen sie die Hofaufsicht an Kollegen abgeben musste und danach Schwierigkeiten bei der Bewältigung einiger Arbeiten im Haushalt und im Garten hatte.

	MdE
Unterschenkelamputation	40 %
Peroneus-Parese	20 %

Passagerer psychischer Schaden ?

Gesamt –MdE ???

COVID-19, Medizin in Krisenzeiten (2020, 2021)

Krankenhäuser und Intensivstationen am oder bereits jenseits des personellen und medizinischen Limits, teilweise sogar gesperrt

Triage-Situationen bei überfüllten Intensivseinheiten

Gibt es noch ein vorwerfbares Organisationsverschulden in Krisenzeiten mit stark begrenzten Ressourcen?

Lange Zeit Unklarheit über wirkungsvolle Behandlung

Unzureichende Begleitung von öffentlichen Institutionen

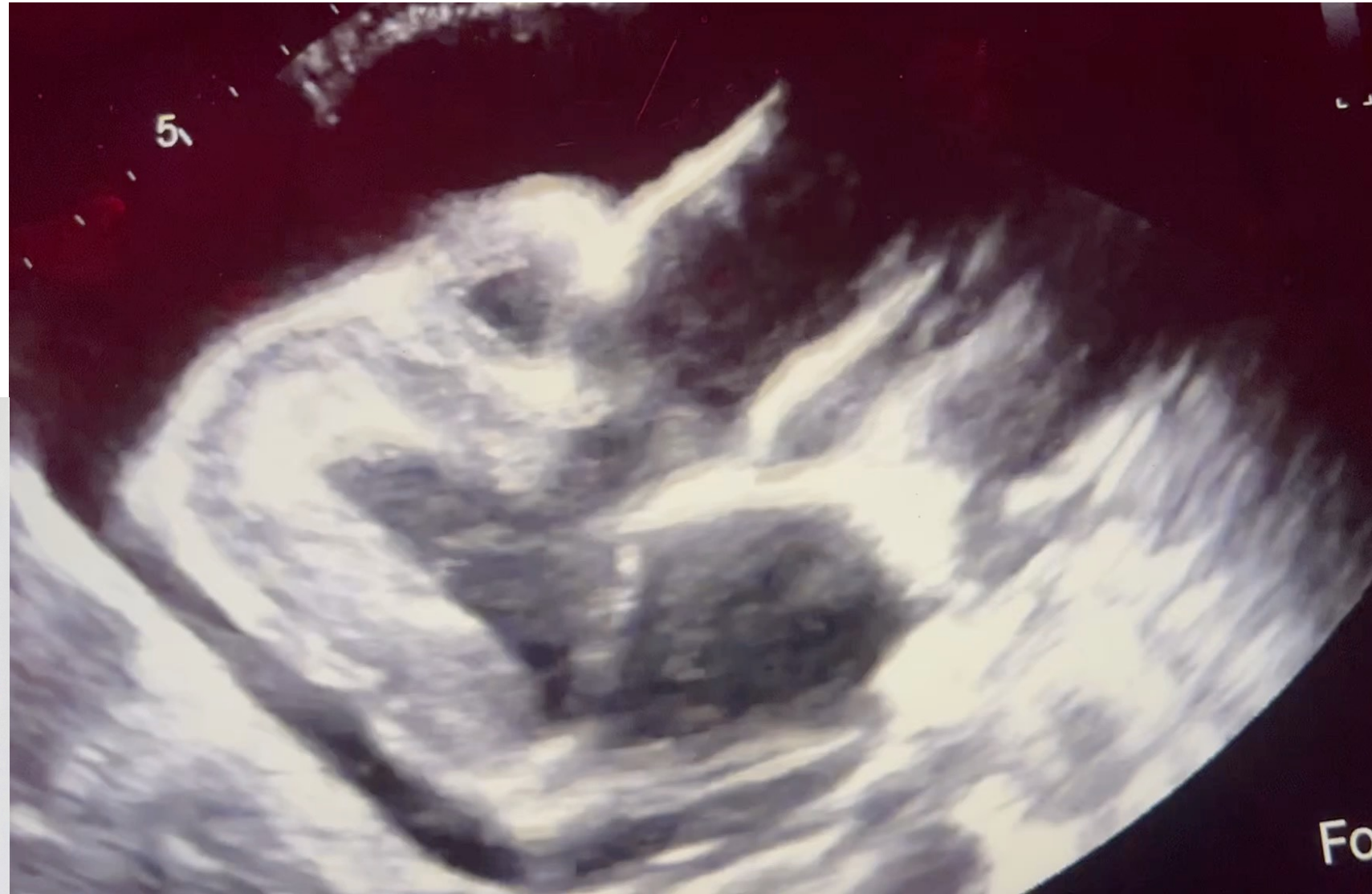
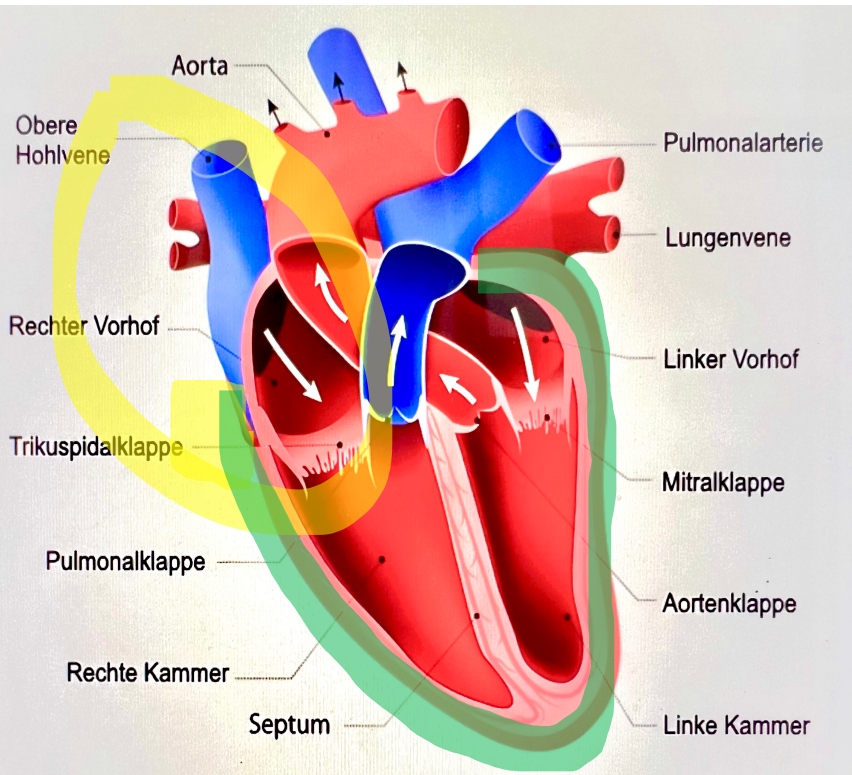
COVID-19

.... in einem hier geführten Verfahren wegen fahrlässiger Tötung ist das Vorliegen eines ärztlichen Kunstfehlers zu prüfen.

Die Geschädigte, die zuvor im XXX Klinikum XXX wegen Corona in Behandlung war, wurde am 15. November 2021 auf die Corona-Intensivstation XXX verlegt. Sie verstarb dort an einer iatrogenen Herzbeuteltamponade, verursacht durch die obere Hohlvene mit Eröffnung dieser in den Herzbeutel im Rahmen des Anlegens eines Katheters für die Herz-Lungen-Maschine (ECMO). Durch die Rechtsmediziner des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin, XXX und XXX, kann nicht eingeschätzt werden, ob es sich hierbei um einen ärztlichen Kunstfehler handelt, deshalb Anforderung eines fachärztlichen Gutachtens.

Akute Einblutungen in den Herzbeutel können bereits binnen Minuten zum Kreislaufstillstand führen.

Was ist im konkreten Fall passiert ?



Tagesschau
(2021)

Mortalität :
Deutschland: **68 %**
International: **35-51%**

EXKLUSIV Therapie bei Lungenversagen

Unnötig viele ECMO-Patienten sterben

Stand: 14.12.2021 06:00 Uhr

Die Sterblichkeit bei Behandlungen mit der ECMO ist in Deutschland deutlich höher als in den meisten anderen Ländern. Nach *Kontraste*-Recherchen führen zu viele Kliniken mit zu wenig Erfahrung die Therapie durch.

Zentraler Venenkatheter
(obere Hohlvene)

Die ECMO (extrakorporale Membranoxygenierung) ist eine künstliche Lunge, klein, flexibel, High-Tech. Für Corona-Patienten ist sie die letzte Hoffnung, wenn das Virus dafür gesorgt hat, dass die Lunge versagt. Doch die Sterblichkeit ist in Deutschland auffallend hoch: 68 Prozent der Patienten sterben im Durchschnitt während der Behandlung. Das zeigt die Auswertung einer Forschergruppe um den Kölner Intensivmediziner Christian Karagiannidis.

COVID-19

Weitere Gutachtenanfragen im Zusammenhang mit:

- Kein Platz auf der Intensivstation wegen **Bettensperrung aufgrund Personalmangels**
- Angeblich zu später **Beginn einer Beatmung**
- **Nicht fachgerechte Beatmungsform (NIV vs IV, Drucksteuerung)**
- **ECMO zu früh oder zu spät** (hierzu werden 5 Experten 10 Meinungen haben)
- Organisationsverschulden wegen nicht **Einhalten der 2:1 (Patient:Pflege)** wegen Personalmangels
- Myokarditis also Schaden **nach Impfung**
- Nicht rechtzeitiges **Einsetzen von anti-viralen Medikamenten**
- **Triageregeln in Pandemiezeiten**

Juristen und Mediziner müssen voneinander lernen.

Neue Themen stellen beide Berufsgruppen vor
neue Herausforderungen.

Dr. Frank Peter Job
info@drjob.de