

Häufige Fehler im Alltag

# Unzureichende Sorgfalt ist gefährlich

Das Thema „Fehler in der Medizin“ hat in den letzten Monaten wieder eine grosse mediale Aufmerksamkeit gefunden. Doch viele Vorwürfe sind nicht gerechtfertigt; denn nicht jede Komplikation ist ein Fehler, und nicht jede Fehldiagnose hätte vermieden werden können. Aber peinlich und auch justitiabel wird es schon, wenn ein Mangel an Sorgfalt zu einer schweren Komplikation führt oder einfach etwas übersehen wird.

## Bänderriss bei Patientin mit Vorhofflimmern

Die Zahl der Patienten, die wegen Vorhofflimmerns oral antikoaguliert werden, nimmt ständig zu, wobei auch vermehrt die neuen oder, besser gesagt, die direkten oralen Antikoagulantien (DOAK) zum Einsatz kommen. Die orale Antikoagulation ist bei dieser Rhythmusstörung in den letzten Jahren von der Ausnahme zur Regel geworden. Deshalb ist es notwendig, bei jedem Patienten nach der Einnahme eines Antikoagulanz zu fragen, wie der folgende Fall zeigt.

Eine 75-jährige Patientin war seit 2 Jahren wegen permanenten Vorhofflimmerns auf ein DOAK eingestellt. Als sie sich eine Luxation im Sprunggelenk mit Bänderriss zuzog, was mit einer Gipsschiene versorgt wurde, erhielt die Patientin zusätzlich ein niedermolekulares Heparin zur Thromboseprophylaxe, mit der Folge, dass nach einigen Tagen eine obere gastrointestinale Blutung auftrat. Die bestehende Antikoagulation war einfach übersehen worden.

## Anaphylaktischer Schock nach Amoxicillin

Bei einer jüngeren Patientin war vor einigen Jahren nach Gabe eines Penicillin-Präparates eine schwere generalisierte allergische Reaktion i.S. einer Anaphylaxie aufgetreten. Die Diagnose war auch in den entsprechenden Arztbriefen aufgeführt und die Patientin hatte auch einen Allergiepass erhalten. Als sie wegen eines schweren respiratorischen Infektes den ärztlichen Notdienst aufsuchte, wurde ein Amoxicillin-Präparat verschrieben, ohne dass nach einer vorbekannten Allergie gefragt wurde. Es kam zu einem erneuten anaphylaktischen Schock. „Es ist wichtig, jeden Patienten bei der Verordnung eines Medikaments gezielt nach einer bekannten Allergie zu fragen“, sagte **Professor Marten Trendelenburg, Basel**.

## Keine Beutelrückatmung

„Es ist immer noch eine weit verbreitete Unsitte, bei Patienten mit einer vermeintlichen Hyperventilation eine Beutelrückatmung durchzuführen“, sagte **PD Christian Nickel, Basel**. Eine solche habe aber bei einer tatsächlichen Hyperventilation keinen Effekt, d.h. sie führe nicht zu einem Anstieg des  $pCO_2$ , könne aber bei hypoxämischen Patienten die Situation drastisch verschlechtern, wie folgendes Beispiel zeigt.

Ein 62-jähriger Mann erkrankt an einem fieberhaften respiratorischen Infekt. Wegen einer Verschlechterung der respiratorischen Situation wird der hausärztliche Notdienst alarmiert. Er vermutet eine Hyperventilation und beginnt eine Beutelrückatmung. Bei der Aufnahme im Spital besteht eine ausgeprägte Hypoxämie und nach einigen Stunden verstirbt der Patient. Todesursache ist eine Lungenembolie.

## Delir-Ursache: Harnverhalt

Ein 85-jähriger multimorbider Patient entwickelt plötzlich eine starke Unruhe mit Verwirrtheit. Dabei klagt er auch über einen nicht lokalisierbaren abdominalen Schmerz. Es wird die Diagnose „Delir“ gestellt, der Patient erhält ein Neuroleptikum, was jedoch keine Besserung bringt. Erst viele Stunden später wird die Diagnose eines Harnverhalts gestellt, und das Delir erfolgreich mit einem Blasen-katheter behandelt.

## Zu schnell in die Psychiatrie

Immer wieder wird man im Notdienst mit Patienten konfrontiert, die wegen einer plötzlich einsetzenden Wesensveränderung mit Verwirrtheit oder auch psychotischen Symptomen wie Wahnideen vorgestellt werden. Als letzter Ausweg bleibt dann häufig nur die notfallmässige Einweisung in eine psychiatrische Abteilung. „Doch Vorsicht, bevor Sie diesen Schritt gehen, sollten Sie diese Patienten genau untersuchen, auch neurologisch, sowie die Vitalparameter erfassen“, so Nickel; denn gelegentlich verberge sich hinter diesen Symptomen eine somatische Erkrankung. Als Risikopatienten für eine somatische Ursache sind ältere Patienten, Patienten ohne psychiatrische Vorgeschichte (Erstereignis), Patienten mit Substanzen-Gebrauch und Patienten mit neuen, begleitenden somatischen Symptomen anzusehen. Wenn sich neurologisch aber nichts finde, müsse nicht in jedem Fall sofort ein CT gemacht werden, so der Referent weiter.

## Auf medikamentös induzierte Elektrolytentgleisungen achten!

Diuretika gehören zu den am häufigsten verordneten Medikamenten. Sie werden eingesetzt als Kombinationspartner von Antihypertensiva, bei Herzinsuffizienz, Leberzirrhose und chronischer Niereninsuffizienz. Dabei wird zu selten daran gedacht, dass sie Elektrolytverschiebungen induzieren können. Bei Thiaziden und Schleifendiuretika steht die Hypokaliämie im Vordergrund, bei Aldosteron-Antagonisten die Hyperkaliämie.

Zu wenig berücksichtigt wird die Hyponatriämie, wie der folgende Fall zeigt. Eine 76-jährige Patientin wird wegen eines Verwirrheitszustandes mit Müdigkeit und Inappetenz bei V.a. Apoplex eingewiesen. Das CT ist unauffällig, aber laborchemisch zeigt sich eine ausgeprägte Hyponatriämie, als deren Ursache die Thiazid-Therapie angesehen werden muss. Aber auch Psychopharmaka insbesondere SSRI können eine solche Hyponatriämie auslösen. Besonders gefährlich ist auch die Kombination ACE-Hemmer bzw. AT1-Blocker mit einem Aldosteron-Antagonisten bei Patienten mit Herzinsuffizienz. Erhält ein so behandelter Patient zusätzlich ein NSAR oder erkrankt er an einer Gastroenteritis mit Durchfällen, so kann sich sehr rasch ein akutes Nierenversagen mit Hyperkaliämie entwickeln. Fabula docet: Bei Patienten, die diuretisch behandelt werden, sollten in regelmässigen Abständen, vor allem aber dann, wenn unspezifische Symptome auftreten, die Elektrolyte und auch die Nierenretentionswerte bestimmt werden.

▼ **Dr. med. Peter Stiefel**

Quelle: medArt 2014 in Basel