

Beklagte Partei: AKh der Stadt Linz GmbH
Krankenhausstraße 9, 4020 Linz

vertreten durch:

[REDACTED]

wegen:

[REDACTED]

ANTRAG

**AUF GUTACHTENSERÖRTERUNG
UND PROZESSLEITENDE VERFÜGUNG**

mit Direktzustellung an KV gem. § 112 ZPO

AKHLinz/Webero3 W/ST/me

1-fach/ 1-fach an KV

3AS

1 HS

In umseits rubrizierter Prozesssache ist der beklagten Partei das Gutachten des Univ. Prof. Dr. [REDACTED] am 29.03.2007 zugestellt und gleichzeitig die Möglichkeit eines Gutachtenserörterungsantrages eingeräumt worden. Innerhalb offener Frist stellt die beklagte Partei so hin den

ANTRAG AUF ERÖRTERUNG

des Gutachtens des Univ. Prof. Dr. [REDACTED] im nachgenannten Umfang:

Zum Fragenkomplex der lit.a) des Gutachtens ON 12:

1. Welche Unterschiede wären in der Analyse zu fordern gewesen, die eine arterielle oder venöse Blutgasanalyse nahe legen?

Im Gutachten von Univ.-Prof. [REDACTED] wird auf Aktenseite 67, mitte ausgeführt: Die Blutgasanalyse vom 27.01.2006 um 14.42 Uhr zeigt eine mäßige Alkalose, ein normales CO₂ sowie einen exzessiv verminderten Sauerstoffpartialdruck (es ist nicht eindeutig gesichert, ob es sich hier um eine arterielle oder venöse Blutgasanalyse handelt) lt. Protokoll

2. Handelt es sich bei dem Hinweis des Sachverständigen auf eine respiratorische Insuffizienz nicht um einen offensichtlichen Schreibfehler?

Lt. Protokoll des diensthabenden Oberarztes ist die Klägerin um Mitternacht visitiert worden, wobei sie zu diesem Zeitpunkt kreislaufstabil gewesen und kein Hinweis auf respiratorische Insuffizienz gegeben gewesen ist.

3. Ist es am 28.01.2006 um 05.10 Uhr nicht zu einer akut aufgetretenen und bis dahin nicht vorhersagbaren, aber rasch progredienten Atemnot bzw. -insuffizienz gekom-

men, welches sowohl vom Pflege-, als auch vom ärztlichen Personal lege artis behandelt wurde?

Das Gutachten geht auf den A.S. 67 und 69 davon aus, dass ein Kreislaufstillstand eingetreten sei, welche Aussage mit dem Inhalt der Krankengeschichte nicht übereinstimmt, in der zum angeführten Zeitpunkt von Seiten des Herzens eine Bradykardie von 45-50 Schlägen/Min. ebenso dokumentiert ist, wie das eine Asystolie nicht aufgetreten sei.

4. *Woraus leitet der Sachverständige (A.S. 67) ab, dass Drainagen einer Abszesshöhle CT – Gezielte erfolgt sei?*

Entgegen dieser Annahme ist festzuhalten, dass nur eine Punktion und keinesfalls die Drainage einer Abszesshöhle vorgenommen wurde.

Den nachfolgenden Fragen wird vorangestellt, dass die Behandlung sowohl am 27.01., als auch am 28.01.2006 nach Auffassung der beklagten Partei lege artis erfolgt ist. Die klagende Partei wurde an diesem Tag von zumindest drei Fachärzten, zwei Turnusärzten und auch mehreren DGKS regelmäßig betreut. Die Dokumentation erfolgte im Sinne der allgemein üblichen medizinischen Maßstäbe, d.h. klinische Unauffälligkeiten, Normalbefunde bzw. Zustände, klinische Routinetätigkeiten (z.B. exakte Zeitangaben der Verabreichung von Infusionen, regelmäßige Besuche der Ärzte auf der Station mit Erfragen klinischer Auffälligkeiten, exakte Zeitangabe der bedarfsweisen Gabe von Sauerstoff, etc.) werden an einer allgemein internistischen Station üblicherweise nicht dokumentiert, da sie zum klinischen Alltag gehören. Sowohl eine Atemtherapie, als auch eine inhalatorische Therapie mit bedarfsweiser Sauerstoffgabe sind durchgeführt und auch unter Beweis gestellt worden. Eine Kreislaufstabilität während des Tages lag nicht vor.

5. Ist eine sichere Unterscheidung der Blutgasanalyse um 14:42 Uhr zwischen einer arteriellen oder einer venösen Blutgasanalyse möglich? Bestehen eindeutige Hinweise, welche Rückschlüsse auf die Art der Blutgasanalyse zulassen?

Die Blutgasanalyse wurde aufgrund der makroskopischen Einschätzung einer venösen Punktion mit „N“, d.h. nicht eindeutig arteriell oder venös bezeichnet.

6. Welches klinische Zustandsbild hätte sich gezeigt, wenn es sich um eine arterielle Blutgasanalyse gehandelt hätte?
7. Welches klinische Zustandsbild hätte sich gezeigt, wenn es sich um eine venöse Blutgasanalyse gehandelt hätte?
8. Gehen mit einer arteriellen Blutgasanalyse nicht signifikantere Symptome einer Hypoxämie einher als sie tatsächlich vorgelegen sind?

Das Gutachten postuliert in seiner Schlussfolgerung die „Annahme“ einer arteriellen Blutgasanalyse, die es zu hinterfragen gilt.

9. Wäre bei einer arteriellen Blutgasanalyse bei vorliegendem PO₂-Wert nicht eine Veränderung des PH-Wertes, des PCO₂-Wertes oder des Bicarbonatwertes zu erwarten gewesen, wenn man - wie dokumentiert - von einer schweren Oxygenationsstörung ausgeht?

Spezifiziert ist die Blutgasanalyse, wie erwähnt mit „N“, d.h. nicht zuordenbar ob arteriell oder venös.

10. Wäre es unter Annahme der vom Gutachter postulierten Hypoxämie der Patientin möglich gewesen, eine ausreichende Spontanatmung ohne zunehmende oder weite-

re klinische Symptomatik über mehr als 14 Stunden bis am Morgen des 28.02.2006 aufrecht zu erhalten?

Von den behandelnden Ärzten wurden selbstverständlich klinische Überlegungen der Wertigkeit des Befundes angestellt. Es handelt sich beim diskutierten Befund der Blutgasanalyse aus medizinischer Sicht um eine geringe metabolische Alkalose mit konsekutiv fast normalem Bicarbonat und unauffälligen Base Excess Werten.

Der beschriebene niedrige PO₂ Wert lässt zwar an eine schwere Hypoxämie unter Annahme rein arterieller Genese denken, wäre unter Annahme einer venösen Blutabnahme jedoch keiner wesentlichen Kreislaufsymptomatik zuordenbar.

Zum Vergleich lagen zahlreich bestätigte, rein venöse Blutabnahmen der Patientin vor, welche an der Intensivstation abgenommen wurden und in der Konstellation deckungsgleich sind. Der Blut-Befund wurde jedenfalls kontrolliert, wobei es wieder zu einer venösen Blutabnahme gekommen sein dürfte.

Aufgrund der klinischen Stabilität, des Ergebnisses der regelmäßigen Überwachungen durch das Pflegepersonal und der Schmerzhaftigkeit einer arteriellen Blutabnahme bei schwieriger Gefäßsituation wurde von weiteren Blutgasanalysen Abstand genommen. Bei klinischer Verschlechterung und Notwendigkeit wären natürlich fortführende Behandlungen durchgeführt worden.

Zum Fragenkomplex der lit. b) des Gutachtens QN 12:

Soweit im Gutachten zu den zuvor behandelten Aspekten ausgeführt wird, dass die Zeit zwischen Kreislaufstillstand und erfolgter Reanimation sowie adäquater Oxygenierung und Aufrechterhaltung des Kreislaufs relativ kurz gewesen sein dürfte, besteht ein Erklärungsbedarf zum festgestellten schweren hypoxischen Hirnschaden.

Laut Gutachten muss von einer wesentlich längeren schweren, protrahierten Hypoxämie ausgegangen werden, die entweder ausschließlich oder zusätzlich zum Kreislaufstillstand das schwere Endresultat eines schweren hypoxischen Hirnschadens erklärt. Der Sachverständige führt weiters aus: Hätte man frühzeitig Blutgasanalysen durchgeführt, bzw. nach Durchführung der ersten Blutgasanalyse am 27.01.06 um 14.42 Uhr mit entsprechender Sauerstoffgabe reagiert, hätte einerseits der Zeitpunkt für eine mögliche notwendige Transferierung auf eine Intensivstation korrekt definiert werden können, bzw. ist davon auszugehen, dass die vorliegenden gesundheitlichen Folgen ebenfalls in einem geringeren Umfang eingetreten wären.

11. Mit welcher Begründung gelangt der Sachverständige zu seiner Annahme, dass es sich um eine wesentlich länger dauernde protrahierte Hypoxämie gehandelt hätte?

12. Unter der Annahme, es wäre zwischen 14.42 Uhr des 27.01.06 bis 5 Uhr früh des 28.01.06 zu einer schweren Hypoxämie gekommen, welche Kreislaufreaktionen oder klinischen Symptome wären zu veranschlagen gewesen? Worin begründet sich die Annahme der protrahierten Hypoxämie?

13. Wäre es unter Annahme einer zunehmenden progredienten Hypoxämie der Klägerin möglich gewesen, bis zum Morgen des 28.01.06 bewusstseinsklar zu sein, selbstständig die klinischen Beschwerden zu schildern bzw. auch die Glocke zu betätigen?

Am 27.01.2006 wurde jedenfalls noch eine Herzultraschalluntersuchung durchgeführt, die auch befundet ist und eine problemlose Untersuchbarkeit gezeigt hat.

14. Ist für den Sachverständigen eine schwere Hypoxämie über die Dauer von 15 Stunden aus medizinischer Sicht nachvollziehbar? Wenn ja, mit welcher Begründung?

15. Ist für den insulinpflichtigen Diabetes am hypoxischen Gehirnschaden und am akuten Kreislaufversagen ein Anteil und falls ja in welcher Höhe zu veranschlagen?

Zum Fragenkomplex der lit. c) des Gutachtens ON 12:

Der Sachverständige führt zur Frage, ob aus internistischer Sicht die bei der Klägerin nunmehr vorliegenden gesundheitlichen Folgen sich aus einer Behandlungsform außerhalb einer Internen Abteilung ergeben würden, aus diese Frage mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mit nein zu beantworten.

16. Welche Rückschlüsse lassen den Sachverständigen anderweitige Schädigungsursachen als mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausschließen?
17. Kann ausgeschlossen werden, dass die, bei der Klägerin vorliegenden, anderen Erkrankungen (Anämie, Diabetes, Spondylarthritis, Spritzenabszess, cerebrale Ursachen, etc.) ursächlich bzw. mitursächlich für die Zustandsentwicklung gewesen sind?

Es bestehen bis dato weitere Entzündungen in der Wirbelsäule, ein Diabetes, eine Trachealstenose sowie auch chronische pulmonale Probleme.

18. Wäre medizinisch nicht auch zu veranschlagen, dass durch eine plötzlich einsetzende septische Reaktion die akute Verschlechterung aufgetreten ist und wenn ja, wäre eine solche Reaktion vorhersehbar gewesen?
19. Ist die Ursache des Kreislaufstillstandes überhaupt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszumachen, zumal eine schwere Hypoxämie in der Regel Bewusstlosigkeit zur Folge hat und eine solche vor dem Kreislaufstillstand nicht stattgehabt hat?

Die Blutgasanalyse nach 20 Minuten Reanimation am 28.01.06 um 05.30 Uhr beweist einen massiven Kreislaufschock und lässt weiterhin deutlich pathologische Verände-

rungen erkennen, wobei wiederum eine fachliche Evaluation über arterielle und venöse Genese zu führen ist.

20. Worin begründet sich die Annahme im Gutachten, dass es sich überhaupt um einen hypoxischen Kreislaufschock gehandelt hat?
21. Warum kommt der Sachverständige allein aufgrund einer nicht spezifizierten Blutgasanalyse zum Schluss, dass andere Erkrankungen als die im Gutachten angenommene respiratorische Erschöpfung diesen Atemstillstand erwarten ließe.

Allgemeine Zusatzfragen:

22. In welcher Weise soll von den behandelten Ärzten im Verlaufe des 27.01.06 „nicht adäquat reagiert“ (A.S. 69) worden sein bzw. worin erblickt der Sachverständige konkret eine adäquate Behandlungsreaktion?

Diese Frage möge vom Sachverständigen einerseits zeitpunktbezogen sowie andererseits unter Berücksichtigung jener klinischen Symptomatik beantwortet werden, wie von der beklagten Partei behauptet und zusätzlich zur vorliegenden Dokumentation auch unter Beweis gestellt worden ist.

23. Zur A.S. 71 oben: welche Sowiefolgen sind aus dem vorgegebenen Krankheitsbild, bzw. der bestandenen Gesundheitsbeeinträchtigung der Klägerin behandlungsunabhängig zu veranschlagen?

Die Beklagtenvertretung stellt zur Formulierung dieses Fragenkataloges klar, dass sie zwar auf den ärztlicherseits eingeholten Informationen basiert, fachspezifische Fehlbezeichnungen aber nicht gänzlich ausgeschlossen werden können, da eine Begriffsüberprüfung durch die Mandantschaft zeitlich nicht mehr möglich gewesen ist.

Die beklagte Partei stellt weiters den

Antrag,

die Gutachtenserörterung erst nach Durchführung der beantragten Zeugenvernehmungen anzuordnen, damit der Sachverständige in die Lage versetzt wird, auch auf solche Behandlungsmaßnahmen- und umstände einzugehen, die von der beklagten Partei behauptet und auch unter Beweis gestellt wurden, jedoch im Detail nicht dokumentiert sind, weil der Normalverlauf einer Behandlung, Routinemaßnahmen etc. üblicherweise nie dokumentiert werden.

Wenngleich sämtliche Zeugenaussagen der richterlichen Beweismwürdigung unterliegen und deren Ergebnis nicht vomweg genommen werden kann, wird es doch als der Wahrheitsfindung förderlich angesehen, wenn der Sachverständige in die Lage gesetzt ist, sich mit allen, als möglich in Betracht zu ziehenden Behandlungsmaßnahmen auseinander zu setzen.

Linz, 12. April 2007

AKh der Stadt Linz GmbH