

KOPIE

Gemeinsame Einlaufstelle des
Landes-Bezirksgericht Linz

Eingel. am **28. März 2007** ...Uhr...Min
.....fach, mit.....Beilag:Akten
.....Halschriften
€.....anbel (ASCH,)

An das
Landesgericht Linz
Fadingerstraße 2
4020 Linz

Rechtsanwälte
Eing.: **28. März 2007**
Erl.:

am 12.3.2007

GUTACHTEN Innere Medizin

Klagende Partei: WEBER Rosemarie (Rechtssache 5 Cg 184/06p-11)
Mühlenstraße 16
4470 Enns *12*

Beklagte Partei: Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz GmbH
Krankenhausstraße 9
4020 Linz

Auftrag: Gutachtenerstellung zur Frage

- a) ob die im AKH Linz erfolgte Behandlung der Klägerin im Rahmen des stationären Aufenthaltes in der internen Abteilung vom 14.1. bis 28.1.2006 lege artis erfolgte, insbesondere, ob die Vorgangsweise im Bereich der internen Abteilung vom 27. auf 28.1.2006 medizinisch korrekt erfolgte, oder ob die Verlegung der Klägerin in die Intensivabteilung als verspätet erfolgte bzw. ob im Rahmen des bei der Klägerin in der Nacht vom 27.1. auf 28.1.2006 aufgetretenen Beschwerdebildes bei entsprechender Anwendung medizinischer Behandlungsmethoden (für den Fall der Bejahung – welche) eine frühere Verlegung der Klägerin in die Intensivstation erfolgen hätte können sowie
- b) für den Fall der Verneinung eine Behandlung lege artis zur Frage, ob die nunmehr bei der Klägerin vorliegenden gesundheitlichen Folgen bei einer korrekten Behandlung im Rahmen der internen Abteilung ausgeblieben wären, in geringerem Umfang sich gezeigt hätten oder in der gleichen Art und Weise eingetreten wären sowie
- c) zur Frage, ob aus internistischer Sicht die bei der Klägerin nunmehr vorliegenden gesundheitlichen Folgen sich aus einer Behandlungsform außerhalb der internen Abteilung ergeben?

Das Gutachten stützt sich auf Sachverhaltsdarstellungen von klagender Partei sowie beklagter Partei inklusive Befragung der Zimmernachbarin Annemarie Rammel sowie objektiv auf relevante medizinische Unterlagen, die dem Akt beigelegt sind und im Gutachten chronologisch dargestellt sind.

Sachverhaltsdarstellung:

Die Klägerin erkrankte nach Weihnachten 2005 an einer Grippe und wurde in der Folge zu Hause ärztlich behandelt. Anfang Jänner 2006 verbesserte sich der Zustand der Klägerin. Am 11.1.2006 verspürte sie heftige Kreuzschmerzen und es trat erneut ein Fieberschub auf, sodass sie am 12.1.2006 um 2.00 Uhr in der Früh in das AKH Linz (beklagte Partei) gebracht wurde. Nach Verabreichung einer Schmerzinfusion verließ die Klägerin das Spital. Zwei Stunden danach erneut erhebliche Schmerzen, weswegen die Klägerin am 12.1.2006 gegen 14.00 Uhr erneut ins AKH Linz gebracht und dort in der Orthopädie aufgenommen wurde. Man stellte einen erhöhten Zuckerwert fest und verlegte die Klägerin auf die Interne Abteilung (Unterabteilung Zuckerkrankheiten). Man stellte dann eine beidseitige Lungenentzündung mit Abszedierung und eine Blutvergiftung fest. Die Patientin wurde mit Antibiotika behandelt, was zu einer Stabilisierung des Zustandes geführt hat (16. bis 20.1.2006 bzw. 23. bis 27.1.2006). Am 27.1.2006 kam es offensichtlich zu einer neuerlichen Verschlechterung mit auch objektiv durch Bildgebung und Laborkontrolle nachvollziehbarer Verschlechterung der Lungenentzündung und neuerlich hohem Fieber. Am Morgen des 28.1.2006 ist es zu einer akuten Notfallsituation mit offensichtlichem Kreislaufstillstand gekommen, welcher durch kardiopulmonale Reanimation, Intubation und intensivmedizinische Behandlung korrigiert werden konnte. Der weitere Verlauf der Intensivstation des Hauses war durch eine deutliche Verbesserung der pulmonalen Situation mit weitgehender Ausheilung der Pneumonie gekennzeichnet, wobei allerdings nach Terminierung der Sedierung (nach Stabilisierung der kardiorespiratorischen Situation) sich ein schwerer hypoxischer Hirnschaden diagnostizieren ließ (EEG, MRT, klinische Situation eines komatösen Zustandsbildes – apallisches Syndrom?).

Vorwürfe der klagenden Partei:

Aus der Sicht der Klägerin wäre die medizinische Versorgung und Pflege mangelhaft und unzureichend gewesen. Sie hätte viele Stunden nichts essen dürfen, um nüchtern zu bleiben. Sie wäre auf einem kalten Gang in ihrem Bett eine halbe Stunde trotz hohen Fiebers wartend vor einer Untersuchung gestanden, die dann letztlich nicht durchgeführt worden ist (zu hohes Fieber für die Untersuchung). In der Nacht vom 27. auf 28.1.2006 verschlechterte sich der Zustand der Klägerin derart, dass sie kaum mehr Luft bekam. Die Klägerin läutete daraufhin und es kam die Schwester, die nur kurz verblieb und darauf das Zimmer wieder verließ, ohne in absehbarer Zeit wieder zu kommen. Da sich die Atemnot weiter verschlimmerte, stürzte die Zimmernachbarin auf den Gang und rief um Hilfe, wobei erst nach etlicher Zeit eine Ärztin kam. Um 5.00 Uhr in der Früh des 28.1.2006 rief Dr. Hubmann vom Krankenhaus der Beklagten den Ehemann an und teilte mit, dass die Klägerin etwas Schwierigkeiten beim Atmen hätte. Um die Klägerin beim Atmen besser zu unterstützen, habe man sie auf die Intensivstation verlegt. In der Krankengeschichte sei lediglich angeführt, dass die Klägerin wegen einer zunehmenden respiratorischen Insuffizienz zur weiteren Therapie auf die operative Intensivstation verlegt worden sei. Auf der Intensivstation wurde dem Gatten der Klägerin mitgeteilt, dass sie einen Atem- und Herzstillstand hatte. Man müsse mit einem Gehirnschaden rechnen, dessen Umfang man allerdings nach der Untersuchung des Gehirns beurteilen könne. Die Klägerin wurde zunächst in ein künstliches Koma versetzt, dieses wurde zwar in der Folge sukzessive beendet, sie ist aber weiterhin komatös. Sie hat

schwere Gehirnschäden erlitten und es ist unabsehbar, ob sie jemals aus dem Koma erwachen wird und in welchem Zustand sie sich dann befinden wird.

Bei ordnungsgemäßer Behandlung hätte die Lungenentzündung früher erkannt und behandelt werden können. Man hätte früher den Erreger für die Lungenentzündung finden und eine daraufhin abgezielte Behandlung vornehmen können. Wäre die Klägerin ordnungsgemäß behandelt worden, hätte sich ihr Zustand nicht so dramatisch verschlechtert und es wäre zu keinem Herz- und Atemstillstand gekommen. Die Beklagte hätte die Klägerin auf die Intensivstation verlegen müssen, da sich der Zustand der Klägerin erheblich verschlechterte, sie um 41 Grad C Fieber hatte und immer schwerer Luft bekam. Dort wäre es zu keinem Herz- und Atemstillstand gekommen, jedenfalls wäre dies aber rechtzeitig behandelt worden. Darüber hinaus hätte die Beklagte aufgrund der Mitteilung der Klägerin, sie bekomme keine Luft, sofort entsprechende Maßnahmen ergreifen müssen. Stattdessen entfernte sich die Schwester und es geschah erst dann etwas, als die Zimmernachbarin auf den Gang stürzte und um Hilfe rief, wobei es auch dann noch etliche Zeit dauerte, bis Hilfe kam. Auch dabei sind völlig unzureichende Maßnahmen ergriffen worden. Es ist unverständlich, dass nicht bereits unverzüglich nach dem Läuten entsprechende Maßnahmen gesetzt wurden, sondern stattdessen Atem- und Herzstillstand eintrat und auch dann die Behandlung erst so spät erfolgte, dass die Klägerin ins Koma fiel und erheblichen Hirnschaden erlitt.

Beantwortung der beklagten Partei:

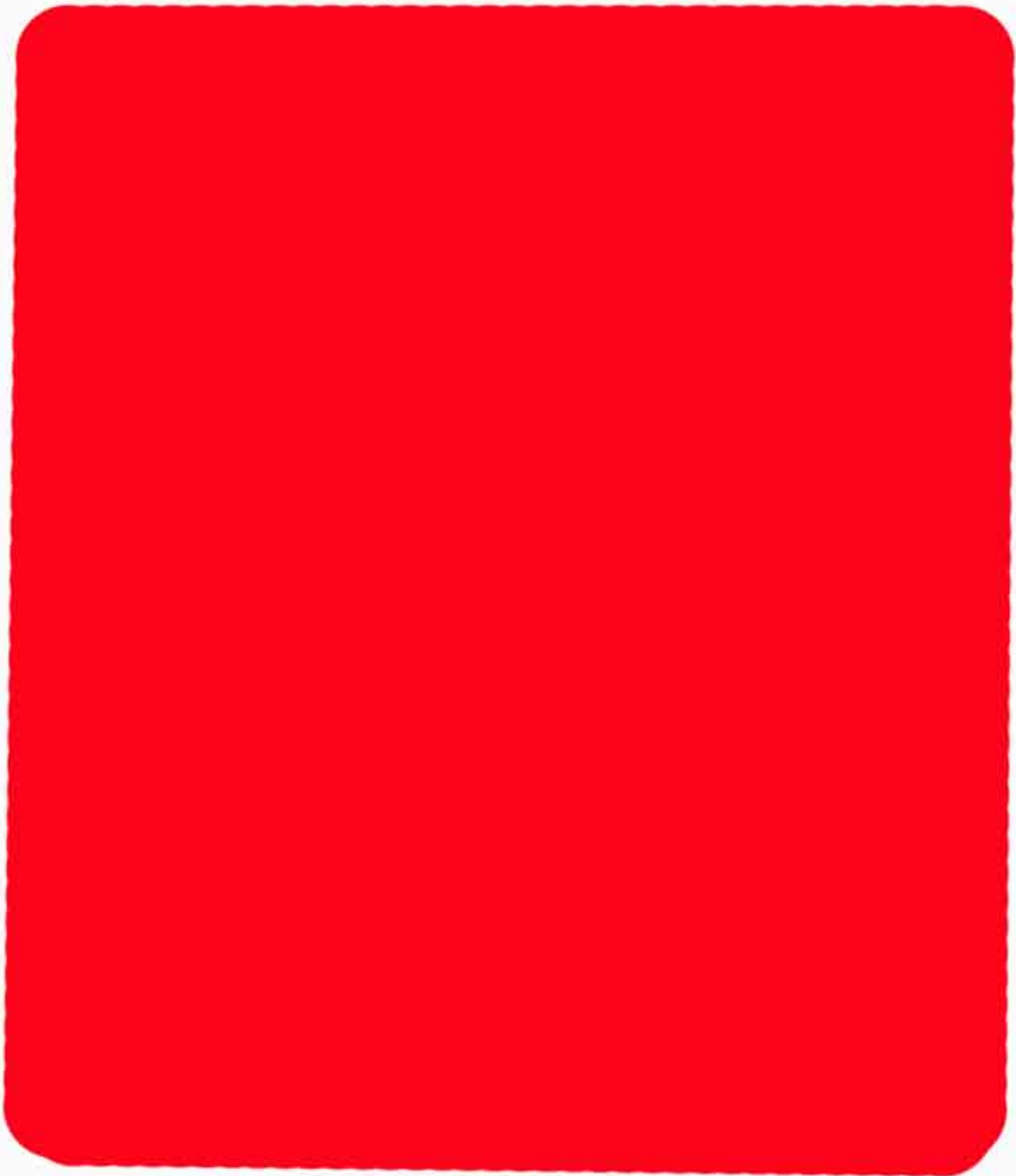
Entgegen der Behauptung der Klägerin, sie wäre nicht lege artis, vor allem aber nicht rechtzeitig behandelt worden, haben die Ärzte der beklagten Partei die Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt.

Die Chronologie des Geschehensablaufes aus der Sicht der beklagten Partei:

Am 14.1.2006 wurde die Klägerin von der orthopädischen auf die interne Abteilung stationär übernommen, wo röntgenologische und weitere bildgebende Verfahren durchgeführt worden. Unter anderem wurde eine beidseitige Pneumonie, ein Diabetes mellitus sowie eine Abszessformation der Lunge rechts an die Wirbelsäule heranreichend diagnostiziert. Als Therapie wurde eine intravenöse Antibiotikatherapie begonnen. Die Klägerin wurde laufend interdisziplinär besprochen, die Abszessformation neurochirurgisch begutachtet und es ergab sich keine Indikation für einen chirurgischen Eingriff. In der Woche vom 16. bis 20.1.2006 kam es zu einer klinischen Stabilisierung der Pneumonie und eine gute Einstellbarkeit des Diabetes mellitus. Auch in der Woche vom 23. bis 27.1.2006 kam es zu rückläufigen Entzündungsparametern und es war trotz ansteigender fieberhafter Temperaturen eine weitere Verbesserung der klinischen Situation gegeben, welche durch Laborwerte bestätigt wurde. Am 27.1.2006 verschlechterte sich klinisch die Pneumonie der Klägerin und es wurden weiter bildgebende Kontrollen sowie Laborkontrollen und Computertomographien durchgeführt. Nach Abklärung der Ergebnisse mit dem Lungenfacharzt [REDACTED] wurde die Antibiotikatherapie zu Mittag modifiziert. Atem und Kreislauf waren normal, bei der Nachmittagsvisite des selben Tages war die Klägerin ebenso in einem klinisch stabilen Zustand, wie bei der durch Dr. Hubmann durchgeführten Visite um Mitternacht. Die Klägerin war zu diesem Zeitpunkt kreislaufstabil und ohne Hinweis auf eine respiratorische Insuffizienz. Zusätzlich zu den Visiten hat die diensthabende Krankenschwester die Klägerin regelmäßig im Halbstundentakt aufgesucht, wobei die allgemeine Situation der Klägerin stabil war. Am 28.1.2006 gegen 4.45 Uhr trat bei der Klägerin eine plötzliche Verschlechterung der respiratorischen Situation ein. Die diensthabende Krankenschwester hat umgehend den zuständigen Turnusarzt sowie dieser OA. Dr. Hubmann verständigt, welche sofort die Klägerin aufsuchten. Aufgrund der zunehmenden Verschlechterung der respiratorischen Situation der

Klägerin hat die Beklagte neben dem Alarm auslösen die Eigenatmung der Klägerin mittels Ambobeutel unterstützt. Das rasch eintreffende Reanimationsteam führte die Intubation und Reanimation durch und die Klägerin wurde mit stabilem Kreislauf in den Aufwachraum transferiert.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass am 27.1.2006 aufgrund des klinisch stabilen Zustandes keine Intensivpflichtigkeit für die Klägerin indiziert war. Sowohl Atmung als auch Kreislauf waren normal und auch um Mitternacht des selben Tages bestand kein Hinweis für eine Respiratorbedürftigkeit und es kam die plötzliche Atemnot der Klägerin um 4.45 Uhr überraschend. Die Beklagte hat eine engmaschige Überwachung des klägerischen Gesundheitszustandes im Rahmen des Möglichen gewährleistet. Die plötzlich auftretende respiratorische Verschlechterung der Klägerin wurde rasch erkannt und die entsprechenden lebenserhaltenden Maßnahmen sofort eingeleitet.



Folgende relevante medizinische Unterlagen sind zur Einsicht:

Konsiliarbefund Orthopädie wegen akuter Lumbalgie vom 14.1.06: Schmerzen im LWS-Bereich, Therapie: Schmerzinfusion

Arztbrief orthopädische Abteilung: Lokalstatus: kein Druckschmerz, kein Klopfeschmerz im LWS-Bereich, Schmerzen im LWS-Bereich mit Ausstrahlung in das rechte Bein, die Aufnahme erfolgte zur konservativen Therapie, parenterale Analgesie

Arztbrief orthopädische Abteilung: Aufnahme wegen akuter Lumboischialgie zur konservativen Therapie. Radiologisch zeigte sich im Thoraxröntgen ein Infiltrat im linken Oberlappen sowie Atelektase bzw. Infiltrat im rechten Unterlappen. Auffallend stark erhöhte Entzündungsparameter, Leukozytose 18.000, CRP 25,2 sowie 400mg/dl BZ-Werte. Es wurde eine Insulintherapie als Sofortmaßnahme begonnen. Weitere Abklärung und Betreuung II.Med.Abteilung Aufnahme vorgeschlagen. Therapie: 3x3,2g Augmentin.

Laborbefund 14.1.06: HTK 32,7, MCV 65,3, Leukozyten 18.100, Thrombozyten 675.000, Na 133, Glukose 374, CRP 25,2.

Kurve während des Aufenthaltes: Temperatur am 14.1.06 max. 38,5 Grad C, dann am 15.1.06 absinkend auf 37,8 Grad C.

Arztbrief II.Med.Abteilung Prof. Biesenbach, Aufenthalt vom 14.1.06 bis 28.1.06: Diagnosen: Pneumonie bds., Abszess paravertebral rechts, Diab.mellitus Typ, mikrozytäre hypochrome Anämie, Uterus myomatosus, Steatosis hepatis; Therapieempfehlung: antibiotische Therapie, Metronidazol, Zienam, Klacid

Therapie und Verlauf: Pat. wegen Pneumonie übernommen, zusätzlich Augmentintherapie mit Ciproxintherapie. Im MRT wurde ein paravertebrales Abszess rechts in Höhe L4/S1 festgestellt, gezielte Abszesspunktion, CT-gezielt, komplikationslos. Neurochirurgisches Konsil meint derzeit keine sinnvolle chirurgische Intervention. Trotz antibiotischer Therapie Fieberschübe, Wechsel auf Zienam, Metronidazol, Klacid sowie Zyvoxid. Nach kurzzeitiger Besserung neuerliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes und Fieberanstieg. Im CT deutliche Progredienz der Pneumonie. Da es auch zu einer zunehmenden respiratorischen Insuffizienz kam, wurde die Pat. am 28.1.06 zur weiteren Therapie auf die operative Intensivstation unseres Hauses verlegt. Unterschrift: OA.Dr.Hubmann.

Relevante Laborwerte 16.1.06: Leukozyten 8.200, Thrombozyten 586.000. 20.1.06: Leukozyten 12.000, Thrombozyten 536.000, CRP 9,4. 27.1.06: CRP 11,6.

CT-Befund 17.1.06: Pneumonische Infiltrationsareale im Bereich der Lingula sowie im posterioren Oberlappensegment links sowie im Bereich des Unterlappens rechts.

CT-Befund Thorax 27.1.06: Ausgedehnte bronchopneumonische Infiltration über beiden Lungen mit Betonung des Lungenkerns, Konsolidierungsgeschehen mit positiven Pneumobronchogramm, angedeutete Halo-Zeichen. Ausgedehnte Pleuraergüsse bzw. kein Pericarderguss. Mediastinal multiple path. vergrößerte

Lymphknoten bzw. prätracheal 2,1cm bilateral hilär sowie aortopulmonal lateral des Truncus pulmonalis und paratracheal bis nach zervikal reichend.

Thoraxröntgen 27.1.06: Im Bildvergleich zunehmend fleckförmige Infiltrationsareale perihilär links sowie auch perihilär rechts und rechts apikal, somit zunehmend pneumologische Infiltrationsareale. Weiters auch zunehmender Pleuraerguss links.

Thoraxröntgen 28.1.06: Intubierter Pat. Bekannte pneumonische Infiltrate bilateral mit Hauptbefund rechts apikal. Im Vergleich zur Voruntersuchung mäßiggradige Befundprogredienz.

Mikrobiologie: 16.1.06: *Torulopsis glabrata*. 18.1.06: Kein Wachstum. 23.1.06: Kein Wachstum.

Neurochirurgisches Konsil 23.1.06: Unter diesen Umständen ist keine neurochirurgische Intervention im Bereich der LWS indiziert. [REDACTED]

Blutgasanalyse 27.1.06, 14.38 Uhr: PH 7,44, PCO₂ 41mmHg, PO₂ 42mmHg.

Laborbefund 27.1.06, 15.08 Uhr: Thrombozyten 641.000, Leukozyten 8.300, GOT 46, GPT 35, GGT 135, CHE 3,1, CRP 12.

Fieberkurve vom 15. bis 21.1.06: Eine Fieberzacke auf 38,7 Grad C am 18.1.06, danach subfebrile Temperaturen bis 37,8 Grad C.

Fieberkurve vom 22. bis 27.1.06: Neuerlicher Fieberanstieg am 23.1.06 nachts bis auf 38,5 Grad C sowie am 26.1.06 Anstieg auf 39,8 Grad C, Abfiebern durch Mexalen, neuerlicher Anstieg am 27.1.06 auf über 40 Grad C mit neuerlichem Abfiebern. Am 27.1.06 erfolgte auch eine Umstellung der antibiotischen Therapie mit Zienam, Metronidazol, Dalacin bzw. Zyvoxid (also in der Fieberkurve feststellbare Verschlechterung mit neuerlich exzessivem Anstieg der Temperaturen ab 26.1.06 frühmorgens).

Pflegeberichte während des Aufenthaltes: 15.1.06: Pat. unterstützt bei der Körperpflege am Waschbecken, anschließend Hautpflege, Hautkontrolle durchgeführt, Hautverhältnisse Rücken, Schulter, Steiß, Gesäß, Inguinalbereich und beide Fersen intakt und regelrecht durchblutet. 23.1.06: Keine Besonderheiten untertags. 24.1.06: Keine Besonderheiten. 25.1.06: Pat. am Abend wieder Fieber, schwitzt, schläft seit der Schlafinfusion gut. 25.1.06 7.00 Uhr: hat wieder hohes Fieber, Turnusarzt verständigt, Blutkulturen abgenommen. 25.1.07 18.13 Uhr: Pat. wieder hohes Fieber, Turnusarzt darüber verständigt, Therapie laut Optiplan. 26.1.06 3.41 Uhr: Pat. schläft. 26.1.06 13.00 Uhr: Pat. fühlt sich zu Mittag wieder besser, Fieber gesunken. 27.1.06 3.51 Uhr: Pat. schläft. 27.1.06 7.16 Uhr: Pat. geht es nicht gut, hat 40,4 Grad C Fieber, sehr schwach und reagiert sehr schlecht auf Ansprache, atmet schwer, Turnusarzt informiert. 27.1.06 7.33 Uhr: Therapie laut Krankengeschichte, Pat. wird harninkontinent. 27.1.06 8.04 Uhr: Pat. im Bett gewaschen. 28.1.06 6.45 Uhr: Pat. läutet um 4.5 Uhr, dass sie so schwer Luft bekommt und es ihr so schlecht geht. Pat. ist ganz weiß im Gesicht und brodeln sehr stark. Sofort Turnusarzt verständigt, Turnusarzt kommt, OA.Dr.Hubmann verständigt, danach sofort Herzalarm gegeben. Pat. ist noch bis um 6.00 Uhr in der Früh auf der Station mit ganzem Herzalarmteam, wird dann um 6.00 Uhr in den AWR verlegt. OA.Dr.Hubmann hat den Gatten verständigt. 28.1.06 12.19 Uhr: OP Int.I: 10.15 Uhr: Pat. auf der Station übernommen. 28.1.06 16.20 Uhr: Wenig flüssig, weißlich abzusaugen. Besuch von Gatten und Schwägerin, aufgeklärt von [REDACTED]. Pat. bessert sich laut BGA, Reduzierung der Beatmungsdrucke durch [REDACTED]. 1.2.06 22.00 Uhr: Pat. presst bei Pflögetätigkeiten massivst dagegen, Beatmung und Sättigung fällt binnen kürzester Zeit rapide bis auf unter 80%, aber vorherige Bolusgabe von Diprovan hilft nicht.

Innerklinischer Notfallbericht 28.1.06: Herzalarm. Zeitpunkt des Herz-, Kreislaufstillstandes 5.10 Uhr, Alarmierung des Herzalarmteams 5.10 Uhr. Beobachteter Herz-, Kreislaufstillstand ja. Grund des Notfalls respiratorisch. CPR durchgeführt ja. Herzdruckmassage, Beatmung, Maske. des Schocks keine. Einsatzbeginn 5.10 Uhr, Einsatzende 6.10 Uhr. Intubationszeit 5.14 Uhr. Ekg-

Monitoring Beginn mit 5.10 Uhr, bradycarde Herzaktion, 5.09 Uhr Sinusrhythmus, 5.11 Uhr Brechkammertachycardie, anhaltend bis 5.14 Uhr, danach Sinusrhythmus bzw. AV-Ersatzrhythmus, bradycard, ab 5.15 Uhr regulärer Sinusrhythmus.

Blutgasanalyse 28.1.06 5.30 Uhr: PH 7,17, PCO₂ 44mmHg, PO₂ 64mmHg. Glukose 401, Sätt. 86%.

Serumchemie 28.1.06 6.25 Uhr: Leukozyten 14.000, Thrombozyten 681.000, im wesentlichen normale E-lyte, BUN und Kreatinin normal, Gesamt-CK normal, GOT 106, GPT 55, GGT 202, aP 344, CHE 2,87, LDH 394.

Aufwachprotokoll 28.1.06 6.00 bis 10.00 Uhr: Pat. intubiert, FIO₂ 0,8, Reduktion fortlaufend. Medikation: Dormicum, Actrapid, Klacid, Anaerobex, Nexium, Lovenox, Zyvoxid, Respicur, Zienam.

Blutgasanalyse 27.1.06 14.42 Uhr: PH 7,45, PCO₂ 41mmHg, PO₂ 42mmHg.

Blutgasanalyse 28.1.06 11.13 Uhr: PH 7,5, PCO₂ 35mmHg, PO₂ 170mmHg (offensichtlich bereits intubiert)

Überwachungsblätter der Abteilung für Anästhesie und operativer Intensivmedizin, Vorstand [REDACTED]: Es finden sich adäquate Sättigungswerte. Es wird laufend der ZVD gemessen sowie Ein- und Ausfuhr lückenlos dokumentiert. Medikation: Zienam, Zyvoxid, Klacid, Respicur, Pantoloc, Risperdal.

Intensiv-EEG 2.2.06: Hochgradig abnormes EEG mit einer verlangsamten bis teilweise nicht mehr nachweisbaren Grundaktivität, max. mit Tetaaktivität ohne Blockierung. Auf Schmerzreiz leichte Streckreaktion. Eingestreut werden Phasen mit Alphaaktivität. Teils kommt es zum Auftreten von längeren Suppressionsperioden. Ergebnis: Im vorliegenden EEG finden sich höchstgradige Allgemeinveränderungen. In Anbetracht der erst kurzzeitig abgesetzten Sedierung bitten wir um eine rasche Verlaufskontrolle.

Routine-EEG 6.2.06: Vorliegendes EEG entspricht annähernd einem 0-Linien-EEG.

EEG 21.2.06: Hochgradig abnormes EEG mit lediglich Grundlinienschwankungen, Einlagerung fraglicher Tetravellen. Zeichen erhöhter cerebraler Erregungsbereitschaft bestehen nicht.

Thoraxröntgen ap im Liegen 28.1.06 7.23 Uhr: Intubierter Pat. Spitze korrekt, ZVK von rechts über die Vena jugularis Spitze korrekt. Ekg-Elektroden. Bekannte pneumonische Infiltrate bilateral mit Hauptbefund rechts apikal. Im Vergleich zur Voruntersuchung mäßiggradige Befundprogredienz. Auf der liegenden Aufnahme kein Pneu.

Thoraxröntgen 29.1.06 9.00 Uhr: Etwas asymmetrisch transparente Lungenfelder bei insgesamt auch etwas verrotierter Aufnahme, eine geringgradige Ergusskomponente rechts möglich.

MRT-Befund 14.1.06: Ausgedehnte kortikale bzw. subkortikale Parenchymveränderung vorwiegend supratentoriell bihemisphärisch, vereinzelt auch infratentoriell bzw. symmetrische Veränderungen auch in der Stammganglienregion wie beschrieben. In erster Linie ausgedehnten rezente hypoxisch-ischämischen Parenchymveränderungen entsprechend.

Thoraxröntgen 1.2.06 7.21 Uhr: In Kenntnis der Voruntersuchungen deutliche Rückbildungstendenz der bilateralen pulmonalen Infiltrate.

Mikrobiologischer Befund aus dem Trachealsekret 7.2.06: Gram-negative Stäbchen und Granulozyten + positiv. Absaugung Trachealsekret 7.2.06 8.00 Uhr: Pseudomonas aeruginosa, Candida krusei, Torulopsis glabrata jeweils + positiv.

Zusammenfassende Sachverhaltsdarstellung aufgrund subjektiver und objektiver, im Akt zur Verfügung gestellter Unterlagen:

Nach einem grippalen Infekt Ende 2005 kommt es Mitte Jänner 2006 zu Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule sowie Fieber. Die Klägerin wird schließlich an der orthopädischen Abteilung des AKH Linz aufgenommen, wo zunächst erhöhte

Blutzuckerwerte festgestellt werden, was zu einer Transferierung auf die interne Abteilung führt. Dort wird eine schwere beidseitige Lungenentzündung mit septischen Temperaturen sowie eine Abszedierung rechts neben der Wirbelsäule in der Lunge festgestellt. Es wird lege artis eine empirische Therapie mit hochwirksamen Antibiotika durchgeführt. Daneben wird die Abszesshöhle CT-gezielt punktiert und auch eine neurochirurgische Operation ventiliert. Unter diesen Maßnahmen (in aller erster Linie antibiotische Therapie) kommt es zu einer klinischen Stabilisierung der Lungenentzündung, zu einer Verbesserung der Entzündungsparameter und konsekutiv zu einer auch verbesserten diabetischen Stoffwechsellage. Auch die ursprünglich hohen Temperaturen zeigen Normalisierungstendenz. Erstmals am 23.1.06 tritt neuerlich Temperatur über 38 Grad C auf, was mit einer antibiotischen Therapieumstellung prompt beantwortet wird (im wesentlichen Erweiterung des antibiotischen Regimes). Am 26. und am 27.1.06 treten neuerlich Fieberschübe bis 40 Grad C auf, was mit einer offensichtlichen subjektiven Verschlechterung der Patientin trotz fiebersenkender Medikation einhergeht (schwere Atmung, Schwäche, verlangsamte Reaktion auf Ansprache, Harninkontinenz – Pflegeberichte vom 27.1.06 ab 7.00 Uhr Früh). Es wird eine neuerliche Computertomographie des Thorax sowie ein Lungenröntgen durchgeführt, welche ausgedehnte bronchopneumonische Infiltrationen über beiden Lungen mit Betonung des Lungenkerns, Konsolidierungsgeschehen mit positivem Pneumotachogramm sowie ausgedehnte Pleuraergüsse zeigt, ein Befund, der im Vergleich zu Vor-Thoraxröntgenbefunde als zunehmend interpretiert wird. Die erhobenen Laborbefunde zeigen eine Thrombozytose (vermehrte Blutplättchen), normale Leukozyten sowie eine mäßige Erhöhung der Transaminasen und ein nicht wesentlich erhöhtes CRP). Die Blutgasanalyse vom 27.1.07 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 um eine venöse Blutgasanalyse handelt). Laut Protokoll des diensthabenden Oberarztes wäre die Klägerin um Mitternacht visitiert worden, wobei sie zu diesem Zeitpunkt kreislaufstabil und Hinweis auf respiratorische Insuffizienz gewesen wäre (schriftliche Aufzeichnungen fehlen im Akt). Gegen 5.00 Uhr Früh des 28.1.06 wurde die diensthabende Schwester durch das Läuten der Zimmernachbarin der Klägerin von einer akuten Verschlechterung der Patientin informiert; sie stellt eine offensichtlich schockierte und über der Lunge brodelnde Patientin fest, verständigt den Turnusarzt und den diensthabenden Oberarzt Dr. Hubmann. Sofort danach wird der Herzalarm aktiviert (protokollierter Einsatzbeginn 5.10 Uhr), der kurz danach eintrifft, einen Kreislaufstillstand feststellt und sofort mit einer kardiorespiratorischen Reanimation beginnt. Offensichtlich kann sehr schnell der Kreislauf wieder hergestellt werden (Dokumentation eines regulären Sinusrhythmus um 5.15 Uhr), sodass die Patientin in weitgehend kreislaufstabiler Situation auf die Intensivstation des Hauses überstellt werden kann.

Unter intensivmedizinischen Maßnahmen kommt es zu einer sukzessiven Verbesserung der pneumologischen Situation mit adäquater Oxygenierung und normaler Kreislaufsituation. Im Lungenröntgen wird eine deutliche Rückbildungstendenz der bilateralen Lungeninfiltrate registriert und der Beatmungsaufwand sukzessive zurückgenommen. Nach kardiovaskulärer und respiratorischer Stabilisierung wird die tiefe Sedierung zurückgenommen und in den weiteren Tagen festgestellt, dass die Patientin keine Aufwachreaktion zeigt. Es werden Elektroenzephalographie und MRT-Untersuchung des Schädels durchgeführt, die ausgedehnte hypoxisch-ischämische Parenchymveränderungen zur Darstellung bringen.

Konkrete Beantwortung der aufgetragenen Fragen:

a) Erfolgte die Behandlung der Klägerin im Rahmen des stationären Aufenthaltes in der internen Abteilung vom 14.1. bis 28.1.06 lege artis? Insbesondere, ob die Vorgangsweise im Bereich der internen Abteilung vom 27. auf 28.1.06 medizinisch korrekt erfolgte oder ob die Verlegung der Klägerin in die Intensivabteilung als verspätet erfolgte bzw. ob im Rahmen des bei der Klägerin in der Nacht vom 27. auf den 28.1.06 aufgetretenen Beschwerdebildes bei entsprechender Anwendung medizinischer Behandlungsmethoden eine frühere Verlegung der Klägerin in die Intensivstation erfolgen hätte können?

Die Behandlung auf der internen Abteilung vom 14.1. bis einschließlich 26.1.06 erfolgte lege artis. Es handelte sich um eine schwere Infektion der Lunge mit abszedierender Einschmelzung, die mit adäquater antibiotischer Therapie behandelt worden ist und zunächst auch zu einer Verbesserung und Stabilisierung des Zustandsbildes geführt hat. Erstmals treten am 23.1.06 neuerlich erhöhte Temperaturen über 38 Grad C auf, was zu einer Therapieumstellung bzw. Erweiterung des antibiotischen Regimes führte, was ebenfalls eine lege artis-Maßnahme auf diese neuerliche Situation darstellt.

Jedenfalls am Morgen des 27.1.06 kommt es zu einer dramatischen, auch klinisch offensichtlich fassbaren Verschlechterung der Patientin (hohe Fieberschübe bis 40 Grad C, offensichtlich erschwerte Atmung, extreme Schwäche und verlangsamte Reaktion auf Ansprache sowie neu auftretende Harninkontinenz). Als Ursache wird eine dramatische Verschlechterung der pulmonalen Situation durch Bildgebung festgestellt, jedoch - offensichtlich aufgrund weiter bestehender normaler Kreislaufsituation - nicht adäquat reagiert; dies trotz einer durchgeführten Blutgasanalyse um 14.42 Uhr desselben Tages, welche - unter Annahme eines arteriellen Blutgases - eine aufgrund der festgestellten Verschlechterung plausible schwerste Oxygenierungsstörung dokumentierte. Spätestens zu diesem Zeitpunkt hätte eine Substitution mittels Sauerstoff (über Nasenbrille oder Gesichtsmaske) erfolgen müssen mit dem Ziel, den Sauerstoffpartialdruck auf über 90% zu heben. Hätte die Substitution mit Sauerstoff mittels Nasenbrille oder Gesichtsmaske eine entsprechende Sättigung erzielen können (Sättigung >90%), so hätte vermutlich eine sofortige Verlegung auf die Intensivstation nicht erfolgen müssen, nachdem die Patientin offensichtlich noch kreislaufstabil war, obwohl offensichtlich klinisch bereits auch eine erschwerte Atmung durch das Pflegepersonal festgestellt und dokumentiert worden ist.

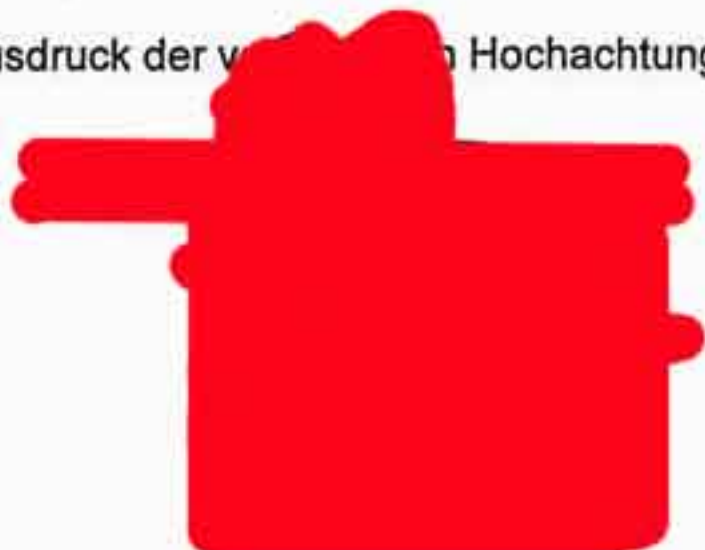
b) Frage, ob die nunmehr bei der Klägerin vorliegenden gesundheitlichen Folgen bei einer korrekten Behandlung im Rahmen der internen Abteilung ausgeblieben wären, in geringerem Umfang sich gezeigt hätten oder in der gleichen Art und Weise aufgetreten wären?

Aufgrund der relativ gut dokumentierten Vorgänge am frühen Morgen des 28.1.06 kann geschlossen werden, dass die Zeit zwischen Kreislaufstillstand und erfolgreicher Reanimation und adäquater Oxygenierung und Aufrechterhaltung des Kreislaufes relativ kurz gewesen sein dürfte, um den nunmehr festgestellten schweren hypoxischen Hirnschaden zu erklären. Vielmehr muss von einer wesentlich längeren schweren protrahierten Hypoxämie ausgegangen werden, die entweder ausschließlich oder jedenfalls zusätzlich zu dem Kreislaufstillstand zu diesem nunmehr schweren Endresultat einer schweren hypoxischen Hirnschädigung geführt hat. Hätte man frühzeitige Blutgasanalysen durchgeführt bzw. jedenfalls nach Durchführung der ersten Blutgasanalyse am 27.1.06 um 14.42 Uhr mit entsprechender Sauerstoffgabe reagiert, hätte einerseits der Zeitpunkt für eine

möglich notwendige Transferierung auf eine Intensivstation korrekt definiert werden können bzw. ist davon auszugehen, dass die vorliegenden gesundheitlichen Folgen jedenfalls in einem geringeren Umfang eingetreten wären.

c) Zur Frage, ob aus internistischer Sicht die bei der Klägerin nunmehr vorliegenden gesundheitlichen Folgen sich aus einer Behandlungsform außerhalb der internen Abteilung ergeben, ist diese Frage ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mit nein zu beantworten.

Mit dem Ausdruck der vorzüglichen Hochachtung

A large, irregular redacted area covering the signature and possibly the name of the sender. The redaction is solid red and obscures all text underneath.