

# Plötzlicher Sturz nach Blockade des Nervus cutaneus

## Fall

Nach immer wieder auftretenden starken Schmerzen von der Lendenwirbelsäule über das Gesäß in den lateralen Oberschenkel rechts bis in das Knie begab sich die 79 Jahre alte Patientin in die Behandlung der Antragsgegnerin in die Schmerzzambulanz eines Krankenhauses. Nach verschiedenen diagnostischen Maßnahmen ergab sich als Ursache der Schmerzen ein Reizzustand des Nervus cutaneus femoralis lateralis im Sinne einer Meralgia paraesthetica. Als Therapie wurde daraufhin die Blockade dieser Nerven beschlossen. Die Patientin wurde anhand des Diomed-Aufklärungsbogens „Regional/Lokalanästhesie ... für Operationen am Bein“ aufgeklärt. Handschriftlich sind als Risiken eingetragen „Infektion, Nervenschädigung, Nervenlähmung“, außerdem „bei Komplikationen tel. Rücksprache Nr. ...“.

Mitte September erfolgt die erste Blockade mit 8 ml 0,5%igem Carbostesin, lege artis unter kardiopulmonaler Überwachung. Nach 30minütiger Beobachtung ohne Komplikation und ohne Anhalt für eine motorische Blockade wurde die Patientin entlassen. Elf Tage später berichtete sie telefonisch über dreitägige Schmerzfremheit und bat um Wiederholung, woraufhin Anfang Oktober eine zweite Blockade in gleicher Weise durchgeführt wurde, die erneut drei Tage Schmerzfremheit brachte.

Vier Tage später erfolgte die dritte Blockade in gleicher Technik, mit wiederum 30minütiger Überwachung und ohne Anhalt für eine motorische Blockade bei Entlassung. Im Gegensatz zu den vorangegangenen Behandlungen verspürte die Patientin dieses Mal schon im Lift des Krankenhauses leichte Taubheit und Gangunsicherheit, weshalb sie ein Taxi rief. Beim Aussteigen konnte sie mit dem rechten Fuß nicht richtig auftreten, der Taxifahrer musste ihr in die Wohnung helfen. Dort setzte sie sich in einen Sessel. Beim Aufstehversuch nach etwa einer Viertelstunde stürzte sie aufgrund kompletter Gefühlosigkeit des rechten Beines. Dabei zog sie sich eine periprothetische distale Femurfraktur und eine Sprung-

gelenksfraktur zu. Erstere wurde mittels winkelstabiler Plattenosteosynthese, letztere in offener Reposition mittels Plattenosteosynthese operativ versorgt.

## Diskussion

Ein Behandlungsfehler bei Durchführung der Blockade ist nicht ersichtlich. Es ging allein darum, ob das ärztliche Verhalten im Anschluss an die Behandlung richtig war. Die Antragsgegnerin – die einen solchen motorischen Ausfall noch nie erlebt hatte – war der Meinung, es handle sich um eine nicht vermeidbare, von der Aufklärung gedeckte Komplikation. Die Patientin sei aufgefordert gewesen, (auch) bei einer Beinschwäche sofort anzurufen.

Die Kommission bejahte einen Behandlungsfehler; die 30minütige Überwachungszeit sei zu kurz gewesen. Bei der verwendeten Substanz Bupivacain handelt es sich um ein Lokalanästhetikum mit mittlerer bis langer Latenzzeit. Die Latenzzeit kann sich noch verlängern, wenn die Substanz nicht direkt an den entsprechenden Nerv gespritzt wird, sondern über eine längere Strecke diffundieren muss, um den Nerv zu erreichen. Das war hier der Fall, wenn die Substanz bis zum Nervus femoralis gelangte. Daher tritt, wenn überhaupt, dessen Parese mit einer deutlichen Zeitverzögerung gegenüber der Stilllegung des sensiblen Nervus cutaneus ein.

Allerdings gibt es in der Literatur keine Angaben, wie lange zu überwachen ist. Doch gilt – so der Fachgutachter – „der Grundsatz, dass eine Entlassung aus ärztlicher Aufsicht erst dann erfolgen darf, wenn die absolute Sicherheit besteht, dass keine motorischen Probleme mehr zu erwarten sind. Hierzu reichen 30 Minuten nicht aus, sondern es bleibt nur, entweder eine Stunde abzuwarten oder darauf zu bestehen, dass die behandelte Person sich nur in Begleitung einer weiteren Person aus der ärztlichen Überwachung fort begibt.“ Denn der Laie ist nicht darauf gefasst, dass sich aus einer gewissen Beinschwäche plötzlich ohne weitere Vorzeichen eine gänzliche Lähmung des Beines ergibt.



*Aus Fehlern lernen: In loser Folge veröffentlicht das Ärzteblatt Baden-Württemberg ausgewählte und interessante Fälle aus der Arbeit der Gutachterkommissionen für Fragen ärztlicher Haftpflicht.*

*Autorenteam:  
Dr. iur. Eberhard Foth,  
Ulrike Hespeler,  
Matthias Felsenstein,  
Dr. med. Manfred Eissler*