

Der „interessante Fall“ aus der Gutachterstelle

Folge 14: Interdisziplinäre Indikationsstellung im Fokus

Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) möchte anhand ausgewählter, anonymisierter Fallbeispiele Kolleginnen und Kollegen für bestimmte klinische Themen sensibilisieren und somit in ihrer täglichen Arbeit unterstützen.



© Ktunatorn – adobe.stock.com

Krankheitsbilder, die aufgrund ihrer Komplexität verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen, bedürfen nicht erst in der Therapie einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Sie erfordern schon in der Therapieplanung, eine präoperative interdisziplinäre Indikationsstellung mit einer gegebenenfalls daraus folgenden interdisziplinären operativen Behandlung. In dem hier vorliegenden Fall fand keine Absprache zwischen Gynäkologen und Viszeralchirurgen statt, sodass nur die Komplikation der Erkrankung, nicht aber deren Ursache, behandelt wurde, was Folgen für die Patientin/Antragstellerin hatte. Es wurde auch fehlerhaft eine radiologische Untersuchung unterlassen. Diese hätte mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen so schwerwiegenden Befund ergeben, dass eine Nichtreaktion auf diesen als grober Behandlungsfehler anzusehen gewesen wäre.

Medizinischer Sachverhalt

Die 42-jährige Patientin wurde mit Unterbauchschmerzen in der Abteilung für Innere Medizin eines Klinikums (Antragsgegner 1, AG 1) zu einer ambulanten Konsultation vorgestellt. Anamnestisch war die Diagnose einer rezidivierenden Sigmadivertikulitis bekannt und in ihrem Krankenblatt dokumentiert. Im Rahmen einer Abdomensonografie wurde eine Flüssigkeitsansammlung im linken Unterbauch sowie ein wandverdicktes Colon sigmoideum festgestellt. Der Antragstellerin wurde eine gynäkologische Abklärung empfohlen.

Umgehend stellte sich die Antragstellerin bei einem niedergelassenen Gynäkologen (Antragsgegner 2, AG 2) vor. Die klinische und die sonografische Untersuchung ergaben den Verdacht auf einen Tuboovarialabszess links. Der Antragstellerin wurde vom AG 2 eine Laparoskopie empfohlen. Am nächsten Tag wurde der Eingriff – Abszessdrainage, Adnexektomie links mit Darmadhäsiole – vom AG 2 als Belegarzt in der Klinik des AG 1 durchgeführt.

Da sich der Allgemeinzustand der Antragstellerin im Verlauf verschlechterte, wurde sie am dritten postoperativen Tag in die chirurgische Abteilung des AG 1 verlegt. Dort wurde die Indikation für eine Revisionsoperation bei akutem Abdomen gestellt. Intraoperativ wurden als Ursache der vorliegenden Peritonitis eine Läsion im Bereich des Colon sigmoideum und des Dünndarms festgestellt. Daraufhin erfolgte eine Sigmateilektomie mit Anlage eines Anus praeter, die Übernähung der Dünndarmläsion und die Lavage des Abdomens.

Vorwurf

Die Antragstellerin rügte die ärztliche Behandlung durch die AG 1 und AG 2. Da die gynäkologische Operation nicht korrekt durchgeführt worden sei, sei während der Operation der Darm verletzt worden. Somit sei es zu folgenden Gesundheitsschäden gekommen: weitere Operationen mit Belastung durch einen 14-tägigen

Aufenthalt auf der Intensivstation, körperliche Beeinträchtigungen durch Mobilitätseinschränkungen, Belastungen durch den künstlichen Darmausgang sowie Beeinträchtigungen der Stimme nach den Narkosen.

Gutachten

Nachdem sich die beschuldigte Klinik und der beschuldigte Gynäkologe sowie deren zuständige Haftpflichtversicherungen mit der Durchführung des freiwilligen Gutachterverfahrens einverstanden erklärt hatten, sammelte die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen sämtliche relevanten medizinischen Unterlagen und holte sowohl ein gynäkologisches als auch ein chirurgisches externes Sachverständigengutachten ein. An die Feststellungen der externen Gutachter ist die Gutachterstelle nicht gebunden, sie dienen jedoch der Entscheidungsfindung der ärztlich-juristischen Kommission der Gutachterstelle.

Der gynäkologische Gutachter führt aus, dass die klinische Diagnose eines Tuboovarialabszesses in aller Regel eine operative Maßnahme erfordert. Am Vorliegen der korrekten operativen Indikationsstellung durch den AG 2 könne daher im vorliegenden Fall nicht gezweifelt werden. Die Operation selbst sei lege artis durchgeführt worden. Für den AG 2 bestand nach Ansicht des Gutachters im postoperativen Verlauf keine Veranlassung für eine weiterführende Diagnostik.

Im Gesamtzusammenhang des klinischen Sachverhaltes stellte sich jedoch für den gynäkologischen Gutachter die Frage, ob die Indikationsstellung für die operative Maßnahme ausreichend war, oder ob, in Kenntnis der Grunderkrankung einer Sigmadivertikulitis, die Operationsindikation nicht bereits präoperativ hätte erweitert werden müssen. Der AG 2 hätte bei dem von ihm als Tuboovarialabszess angesehenen Befund vielmehr auch eine gedeckte Perforation der vorbekannten Sigmadivertikulitis in Erwägung ziehen müssen.

Die Indikation zur operativen Therapie einer Sigmadivertikulitis stellt jedoch nicht der Gynäkologe, sondern der Chirurg, der im streitgegenständlichen Fall nicht zugezogen worden war. Der Sachverhalt als interdisziplinärer Fall hätte auch eine interdisziplinäre Indikationsstellung zur Planung des Eingriffs erfordert.

Der gynäkologische Gutachter empfahl daher die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme durch einen Viszeralchirurgen mit der wesentlichen Frage, inwieweit durch eine präoperative interdisziplinäre Indikationsstellung und einen kombinierten chirurgisch-gynäkologischen Eingriff, ein insgesamt besserer postoperativer Verlauf möglich gewesen wäre.

Der viszeralchirurgische Gutachter legt dar, dass die präoperative Diagnostik unvollständig war. Die Abteilung für Innere Medizin des AG 1 hat zwar eine gynäkologische Abklärung empfohlen, aber kein viszeralchirurgisches Konsil im Hause veranlasst. Aufgrund der anamnestisch bekannten Sigmadivertikulitis bemängelt der chirurgische Gutachter auch das unterlassene, aber gebotene, interdisziplinäre operative Vorgehen.

Dazu erläutert er, dass die Antragstellerin entsprechend der damals aktuellen S2k-Leitlinie „Divertikelkrankheit/Divertikulitis“ an einer komplizierten Divertikulitis litt. Neben der Klinik, der Anzahl und dem sich verkürzenden Intervall zwischen den einzelnen Divertikulitisschüben, sei die objektive Sicherung der Diagnose für die klinische Einschätzung entscheidend. Entsprechend des Algorithmus der Leitlinie wird bei komplizierter Divertikulitis und nicht eindeutigem Ultraschallbefund eine Computertomografie mit Kontrastmittel des Darms gefordert. Diese nicht durchgeführte Untersuchung hätte den Abszess bestätigt und nach viszeralchirurgischem Standard zunächst die, mittels Bildgebung, gezielte therapeutische Punktion des Abszesses erfordert. Im Intervall wäre dann die elektiv geplante Sigmaresektion indiziert gewesen. Mit diesem Standardvorgehen wäre der Antragstellerin mit hoher Wahrscheinlichkeit der Notfalleingriff mit Anlage des Anus praeter, und einer weiteren

Zwei Behandlungsfehler

Die Kommission war in der nur auszugsweise wiedergegebenen Begründung wie der von ihr beauftragte chirurgische externe Gutachter der Ansicht, dass aufgrund der Anamnese der Antragstellerin mit rezidivierenden Sigmadivertikulitis eine interdisziplinäre Bewertung und Therapieplanung ärztlicher Standard gewesen wäre. Dies nicht zu beachten war damit ein ärztlicher Fehler. Darüber hinaus wurde es als fehlerhaft bewertet, in der konkreten Situation keine CT-Untersuchung des Abdomens durchgeführt zu haben. Es liegen nach Ansicht der Kommission damit zwei voneinander unabhängige Behandlungsfehler vor. Jeder dieser beiden Behandlungsfehler kann unabhängig voneinander grundsätzlich zu einer Haftung auf Schadensersatz führen. Das Unterlassen der CT-Untersuchung führt allerdings, wenn man wie die Kommission einen qualifizierten Befunderhebungsfehler annimmt, zu einer Beweislastumkehr bezüglich der Kausalität zwischen Fehler und Schaden. Bei dem anderen Behandlungsfehler bleibt es als einfacher Behandlungsfehler (in Abgrenzung zu einem groben Behandlungsfehler) allerdings bei dem im Arzthaftungsrecht geltenden Grundsatz: der Patient hat alle Tatsachen zu beweisen aus denen er das Bestehen eines Schadensersatzanspruches herleitet. Im Falle eines Arzthaftungsanspruches sind dies das Vorliegen des Behandlungsfehlers, des Gesundheitsschadens und des Ursachenzusammenhanges zwischen beiden.

Operation zur Rückerverlagerung desselben, erspart geblieben.

Entscheidung der Gutachterstelle

Die Kommission, in diesem Fall bestehend aus einem Gynäkologen, einem Chirurgen und einem Juristen, gab folgende Stellungnahme ab: eine fehlerhafte ärztliche Behandlung durch den AG 1 und den AG 2 liegt vor.

Beide Antragsgegner haben die Diagnose Sigmadivertikulitis in der Vorgeschichte der Antragstellerin zwar als Grunderkrankung erkannt, aber differenzialdiagnostisch nicht ausreichend berücksichtigt. Eine CT-Untersuchung des Abdomens wurde sowohl vom AG 1 als auch vom AG 2 fehlerhaft unterlassen. Auch wenn von gynäkologischer Seite eine sofortige operative Therapie empfohlen wurde, hätte diese Bildgebung des Abdomens dennoch durchgeführt werden müssen. Diese Untersuchung hätte mit hinreichender Wahrscheinlichkeit den Verdacht auf eine gedeckt perforierte Sigmadivertikulitis mit einer umschriebenen Abszessbildung erbracht. Dieser fehlerhaft nicht erhobene Befund ist als qualifizierter Befunderhebungsfehler zu bewerten.

Diese versäumte Untersuchung hätte, wenn durchgeführt, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (über 50 Prozent) einen so schwerwiegenden medizinischen Befund ergeben, dass

eine Nichtreaktion auf diesen als grober Behandlungsfehler anzusehen ist. Erforderlich wäre das Hinzuziehen eines Chirurgen, eine interdisziplinäre präoperative Vorbereitung, eine perkutane Drainage des Abszesses mit Abwarten bis zum Abklingen der akuten Entzündung unter Antibiose sowie die anschließende operative Therapie mit einer Sigmaresektion gewesen.

Die rechtliche Konsequenz dieses festgestellten qualifizierten Befunderhebungsfehlers ist eine Beweislastumkehr bezüglich des Ursachenzusammenhanges zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden. Die Behandlungsseite muss nunmehr beweisen, dass auch bei Hinzuziehung eines Chirurgen und einer interdisziplinären präoperativen Vorbereitung der komplizierte Verlauf mit all seinen Folgeoperationen ebenfalls eingetreten wäre. Dieser Beweis konnte im Rahmen des Gutachterverfahrens nicht geführt werden.

Autoren

Professor Dr. Ekkehard Pratschke
Alban Braun
Dr. Angelika Gindert
Dr. Susanne Jung-Munkwitz

alle Gutachterstelle für
Arzthaftungsfragen bei der BLÄK