

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

2019 haben wir Ihnen vier „besondere“ Fälle aus der Gutachterstelle vorgestellt. Das schriftliche Echo war verhalten. Nach mündlichen Mitteilungen haben die Darstellungen immer wieder Anlass für Diskussionen im Kollegenkreis gegeben. In der Hoffnung, damit einen – wenn auch bescheidenen – Beitrag zur Fortbildung zu leisten, haben wir uns entschlossen, die Reihe ein weiteres Jahr fortzuführen.

Bewertung des vierten Falles aus der Gutachterstelle

Bevor wir einen neuen Fall zur Diskussion stellen, wollen wir unsere Bewertung des im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2019, dargestellten Falles veröffentlichen.

Die Gutachterstelle sieht in der dargestellten gynäkologischen Behandlung zwei Problempunkte:

1. Die Indikationsstellung zu einer ausgedehnten Komplettierungsoperation bei einem muzinösen Ovarialkarzinom pT1a, G1 bei einer 76-jährigen Patientin ist gemäß der zum OP-Zeitpunkt geltenden Leitlinienversion nicht fehlerhaft; zumindest aber zu hinterfragen. Eine Hysterektomie mit kontralateraler Adnexektomie dürfte zumindest eine diskussionswürdige Alternative sein. Warum die behandelnde Einrichtung sich zu dem radikalen Vorgehen entschlossen hat, ist uns nicht bekannt.
2. Fehler hingegen sieht die Gutachterstelle in der postoperativen Betreuung der Patientin. Bei einer histologisch gesicherten Pankreasläsion muss mit unkontrollierter Sekretion von Pankreasenzymen in den peripankreatischen Bereich gerechnet werden. Eine gezielte Nachsorge mit Oberbauchsonografie und gegebe-

nenfalls CT sind nach Auffassung der Gutachterstelle (viszeralchirurgisch beraten) damit zwingend erforderlich. Ein derartiges Kontrollregime hätte die spätere Entwicklung ganz sicher im Anfangsstadium erfasst und so erheblich bessere Behandlungsmöglichkeiten (vermutlich abschließliche Drainage) geboten.

Vor diesem Hintergrund hat die Gutachterstelle dem beteiligten Haftpflichtversicherer die Regulierung empfohlen. Die nachfolgende chirurgische Behandlung war nicht Gegenstand unserer Beurteilung.

Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Patient Jahrgang 1943

Begleiterkrankungen: chronische Herzinsuffizienz, Carotis-Patch-Plastik 2013, Zustand nach Stentversorgung LAD 2014, Hypertonie, chronische Niereninsuffizienz Stadium III, laufende Antikoagulation mit Falithrom bei Vorhofflimmern.

24. Februar 2016

22.00 Uhr: Stationäre Einweisung zum Antragsgegner (Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung) wegen zunehmender Unterbauchbeschwerden unter dem Verdacht einer Appendizitis, Bauchbeschwerden seit einigen Tagen, dreimal erbrochen, Temperatur bis 38,2 °C Aufnahmebefund: Abdomen weich, Druckschmerz im rechten Unterbauch, keine peritonitischen Zeichen, Leuko 12,8 Gpt/l, CrP 28,4 mg/l, Röntgen-Thorax: Linksherzverbreiterung, sonst o. B., Abdomen-Leeraufnahme: keine Auffälligkeiten, Abdomen-Sono: kein pathologischer Organbefund.

Klinisch Appendizitisverdacht nicht bestätigt → stationäre Aufnahme, Nahrungskarenz, Novamin, Entscheidung über OP resp. weitere Diagnostik in Abhängigkeit vom Verlauf.

25. Februar 2016

1.15 Uhr: starke Unterbauchschmerzen → Dipidolor, Beginn Antibiose Ceftriaxon/Metronidazol, Paraklinik unverändert → CT-Diagnostik.

9.00 Uhr: CT Abdomen:

Infrarenales exzentrisches Aortenaneurysma mit einem Durchmesser von 8,1 cm, geringer Thrombenbesatz, kein Anhalt für Ruptur.

Empfehlung zur Versorgung des Aneurysmas mit Stent; Eingriff geplant für den 1. März 2016. Stent wird für den Eingriff bestellt, Implantation soll in Gegenwart eines Firmenvertreters erfolgen; bis dahin Versorgung auf Normalstation.

26. Februar 2016

Patient schmerzfrei unter Novamin, Weiterbetreuung auf Normalstation, kein Monitoring.

27. Februar 2016

0.15 Uhr: Erneut Dipidolor bei starken Unterbauchschmerzen.

ab circa 22.00 Uhr: Verschlechterung des AZ mit einlaufendem Schockgeschehen.

23.00 Uhr: Notfall-CT → Ruptur des Aneurysmas.

Notfallmäßige offen-operative Aneurysmanierung mittels Rohrprothese, intraoperativ Massivtransfusion, kurzfristige Reanimation, postoperativ ITS-Versorgung, kurzzeitige Stabilisierung, zunehmendes Herz-Kreislauf- und Nierenversagen, hochdosierte Katecholamintherapie, Dialyse, Tod am 29. Februar 2016.

Wie bewerten Sie diesen Behandlungsverlauf? Wir freuen uns auf Ihre Zuschriften! ■

Dr. med. Rainer Kluge
Vorsitzender Gutachterstelle
für Arzthaftungsfragen
E-Mail: gutachterstelle@slaek.de