

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, bevor ich über einen neuen, für Sie hoffentlich interessanten Fall berichte, nun erst die Bewertung des im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2021, veröffentlichten, äußerst dramatischen und tragischen Erkrankungsverlaufs.

Zur Bewertung des Falles aus Heft 4/2021

30 Jahre Gutachterstelle haben mich gelehrt, vor der Bewertung wesentlicher Details immer erst den großen medizinischen Bogen zu betrachten. Die ausschließliche Zergliederung eines Behandlungsverlaufes in viele Details, deren isolierte Bewertung und die Addition dieser Bewertungen zu einem Gesamturteil wird der Realität nicht in jedem Fall gerecht. Was also ist geschehen? Eine initial seröse Pankreatitis wird im Verlauf zu einer dramatischen nekrotisierenden Pankreatitis, diese wird durch ein ARDS kompliziert, der Patient verstirbt. Pankreatitis und ARDS überlagern sich nicht nur zeitlich, sondern bestimmen gegenseitig den Verlauf beider für sich äußerst dramatischen Erkrankungsverläufe, jeder von ihnen mit einer hohen Mortalität belastet, ein Geschehen also von hoher Komplexität. Die initial internistische Behandlung der Peritonitis ist im Detail nicht besonders gut dokumentiert, allerdings lassen sich keine schweren Verfehlungen finden, die aus der serösen eine nekrotisierende Pankreatitis werden lassen. Die Zustandsverschlechterung wird zeitgerecht erfasst, die chirurgische Disziplin zeitgerecht einbezogen, differenzierte Überlegungen, die zu der chirurgischen Intervention am 19. Oktober 2019 führten, sind nicht dokumentiert. Unmittelbar in der Op-Vorbereitung kommt es zu einer dramatischen Zustandsverschlechterung. Dem Anästhesisten gelingt die Stabilisie-

rung. Differentialdiagnostische Überlegungen zum Ausschluss einer Lungenembolie erfolgen nicht. Die Laparotomie bestätigt die massive nekrotisierende Pankreatitis mit einer schweren 4-Quadranten-Peritonitis. Postoperativ entwickelt sich ein schweres ARDS, die Kontaktaufnahme zu dem zuständigen ARDS-Zentrum erfolgt verspätet. Letztlich ist der dramatische Verlauf nicht aufzuhalten.

Neben der gutachterlichen Aufarbeitung hat die Gutachterstelle den Vorgang im Sachverständigenrat über mehrere Stunden kontrovers diskutiert. Die wesentlichen Feststellungen:

1. Die Indikation zur Laparotomie ist als Ultima Ratio zur Sicherung des intraabdominalen Befundes und zur Druckentlastung vertretbar.
2. Die präoperativ fehlende Differentialdiagnostik bezüglich einer Lungenembolie wird als fehlerhaft bewertet.
3. Das Management des postoperativ entstehenden ARDS ist unzureichend, die Kontaktaufnahme zum ARDS-Zentrum erfolgt verspätet.

Der Sachverständigenrat der Gutachterstelle hatte also zu entscheiden, ob die festgestellten Fehler letztendlich kausal für den Todesfall verantwortlich zu machen sind. Nach intensiver, mehrstündiger, engagierter und kontroverser Diskussion ist der Rat letztlich mehrheitlich, nicht einstimmig, zu der Auffassung gelangt, dass ein solcher Kausalnachweis nicht zu führen ist. Mit diesem Votum hat die Gutachterstelle den Anspruch der Witwe abgewiesen. Eine Entscheidung, die uns nicht leichtgefallen ist, die sicher durch das methodische Herangehen mitgeprägt ist und die naturgemäß Angriffsflächen bietet. Eine Entscheidung, die illustriert, wie schwierig häufig medizinische Ver-

läufe in juristische Kategorien zu pressen sind, die letztlich nur schwarz oder weiß zulassen.

Abschließend ein Wort an den unbekanntenen Kollegen, der die Angehörigen des Verstorbenen über diese Veröffentlichung informiert hat. Wir wissen nichts über Ihre Motive und Absichten, und nichts über Ihre Interpretation des Ablaufes, möglicherweise haben Sie sogar Insiderwissen. Wir hätten es aber in jedem Fall für angemessen gehalten, wenn Sie uns vor diesem Schritt kontaktiert hätten.

Anmerkung der Redaktion

Sinn und Ziel der Fallvorstellungen in dieser Rubrik liegen darin, aus diesen Fällen zu lernen, um im Interesse unserer uns anvertrauten Patienten Fehler zu vermeiden. Es liegt in der Natur der Sache, dass mancher in den anonymisierten Fällen den vermeintlich echten Kasus zu erkennen glaubt. Neben der von Dr. Kluge angemahnten Kollegialität sei hier auch an die ärztliche Schweigepflicht erinnert.

Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Wir wenden uns an Urologen, Viszeralchirurgen und Onkologen:

Antragstellerin Jahrgang 1953

Juni 2008

Operative Versorgung eines Rektumkarzinoms durch anteriore Rektumresektion, passager Anlage eines Anus praeter

31. Mai 2017

Aufnahme Klinik für Urologie des AG wegen kolikartiger Beschwerden im Bereich der linken Niere. Aufnahmediagnostik ergibt eine Harnstauungsniereli. bei Ureterstenose. Versorgung mit

Doppel J Katheter und Entlassung am 2. Juni 2017 mit einem Wiederaufnahmetermin für den 27. Juni 2017 zur Ureterorenoskopie. Zusätzlich Empfehlung zur ambulanten CT Diagnostik Abdomen. Epikrise mit diesen Empfehlungen gerichtet an den weiterbehandelnden Arzt (nicht personalisiert).

27. Juni 2017

Ureterorenoskopie mit Biopsie aus der Engstelle des Ureters, Neueinlage der Harnleiterschleife. Histologie der Biopsie ohne Anhalt für Malignität. Epikritisch wird erneut ein CT Abdomen zum Ausschluss einer Ureterkompression von außen empfohlen. Epikrise gerichtet an den weiterbehandelnden Urologen.

16. August 2017

MRT auf Veranlassung des betreuenden niedergelassenen Urologen Lymphknotenkonglomerat in Höhe L5/S1, unklarer Genese, zusätzlich unklare pulmonale Läsion li. basal

21. August 2017

Erneute stat. Aufnahme bei AG wegen Beschwerden in der linken Niere Wechsel der Harnleiterschleife → Alliumstent. Entl. 24. August 2017 mit Termin zur Vorstellung in der Onkologie des AG für den 4. September 2017

4. September 2017

Vorstellung Onkologie
Nochmals CT Thorax und Abdomen als Staging Untersuchungen, dann Vorstellung Tumorboard, im CT keine neuen Gesichtspunkte, nochmalige Empfehlung eines MRT.

Lt. Behandlungsunterlagen wollte Pat. den MRT Termin selbst organisieren, erfolgte jedoch nicht

4. Oktober 2017

MRT bei AG mit Bestätigung der bereits bekannten Befunde, keine neuen Gesichtspunkte

1. November 2017

Ambulant Onkologie Besprechung des MRT Befundes, Vorstellung Tm Board am 8. November 2017 geplant.

8. November 2017

Empfehlung zur histologischen Klärung des Befundes durch Freilegung und Biopsie → stat. Einweisung Chirurgie für den 9. November 2017, Termin von der Pat. nicht wahrgenommen, wolle sich anderenorts operieren lassen.

Januar 2018

Sonografisch gestützte Stanzbiopsie des LK Konglomerates

Histo: Metastase des 2008 behandelten Rektumkarzinoms

Januar bis März 2018

Radiochemotherapie des retroperitonealen Rezidivs

Mai 2018

Aufnahme bei Maximalversorger
En bloc Resektion der Wirbelkörper L5 und S1 mit dorso-lumbaler Stabilisierung und Spondylodese Rektumresektion, Resektion des retroperitonealen Tumorinfiltrates, Nephrektomie li., part. Resektion der li. Beckenachse

Mehrfache Revisionsoperationen bei Wundheilungsstörungen

Die Patientin beklagt eine deutliche Verzögerung des Therapiebeginnes und damit die Verschlechterung der Tumorphgnose infolge nicht sachgerechter Diagnostik. Wie beurteilen Sie diesen Behandlungsverlauf? Wir freuen uns auf Ihre Diskussion. ■

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