

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, die Gutachterstelle möchte Ihnen wieder einen Begutachtungsfall, diesmal aus der Viszeralchirurgie, zur Mitdiskussion vorlegen. Bevor wir dies tun, aber wieder unsere Bewertung zu dem im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2021, veröffentlichten Fall.

Zur Bewertung des Falles aus Heft 8/2021

An der Behandlung beteiligt waren die Klinik für Urologie und die im MVZ der Einrichtung als ambulante Versorgungseinheit angesiedelte Onkologie. Nach Auffassung der Gutachterstelle beklagt die Patientin zu Recht eine iatrogen bedingte Verzögerung der Diagnostik des retroperitonealen Rezidivs des Rektumkarzinoms.

Die klinische Symptomatik, Harnstauungsnieren links und anamnestisch bekanntes Rektumkarzinom lassen differenzialdiagnostisch einen Zusammenhang durchaus vermuten. Die Empfehlung der urologischen Einrichtung zur ambulanten CT-Diagnostik nach Splintung des Ureters im Mai 2017 ist nach den gegenwärtigen Maßstäben wohl nicht zu kritisieren, wenngleich die Empfehlung über eine nicht personalisierte Epikrise erfolgt und damit die Patientin zumindest partiell die weitere Organisation der Diagnostik übernehmen muss.

Bei der zweiten stationären urologischen Behandlung im Juni 2017 ist diese Diagnostik noch immer nicht erfolgt, noch nicht einmal terminiert. Endoskopisch wird per Biopsie ein im Ureter liegender Prozess als Ursache der Harnstauung ausgeschlossen, eine retroperitoneale extraureterale Ursache der Stenosierung und damit der Zusammenhang zu dem anamnestisch

bekannten Rektumkarzinom wird deutlich wahrscheinlicher. Die Einrichtung empfiehlt wiederum die ambulante CT-Diagnostik. Eine CT-Abklärung während der stationären Diagnostik wäre nach Auffassung der Gutachterstelle im Zuge dieser stationären Behandlung durchaus angemessen gewesen, wenngleich in Anbetracht der geltenden Devise ambulant vor stationär ein Behandlungsfehler hier nicht gesehen werden kann.

Nachdem nun im August 2017 per MRT ein unklares retroperitoneales Lymphknotenkonglomerat diagnostiziert wurde und damit der Zusammenhang zu der anamnestischen Tumorerkrankung nochmals wahrscheinlicher wurde, ist eigentlich klar, dass nur eine histologische Klärung dieses Befundes zur richtigen Diagnose führen konnte und natürlich durchaus Eile geboten war.

Vor diesem Hintergrund hat die Gutachterstelle die sich nun anschließende Versorgung der Patientin durch die Onkologie der Einrichtung, nämlich bei klarer Befundlage eine nochmalige bildgebende Diagnostik an Stelle der histologischen Klärung zu veranlassen, als fehlerhaft beurteilt. Spätestens im September 2017 hätte die histologische Klärung des Befundes erfolgen müssen. Die Klärung der Dignität der unklaren pulmonalen Läsion (MRT von August 2017) hätte ohne Schwierigkeiten parallel zu dieser Abklärung erfolgen können. Damit ist es iatrogen bedingt zu einer Verzögerung der histologischen Klärung des Befundes von mindestens vier Monaten gekommen. Schwer zu beantworten ist naturgemäß die Frage, welchen Einfluss diese zeitliche Verzögerung auf den Tumorbefund gehabt hat. Der Sachverständigenrat der Gutachterstelle ist übereinstimmend zu

der Auffassung gekommen, dass von einer Progression des Tumorbefundes in diesem Zeitraum auszugehen ist, wenngleich der Umfang dieser Progression nicht verlässlich zu messen ist.

Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Antragsteller Jahrgang 1954, keine wesentlichen Begleiterkrankungen

März

Feststellung eines endoskopisch nicht abtragbaren Rektumadenoms, 15 cm ab ano, stationäre Einweisung zur chirurgischen Versorgung

18. April

Laparoskopisch gestützte anteriore Rektumresektion (Segmentresektion, Resektat 6,5 cm), Histo: schwere glanduläre intraepitheliale Neoplasie, R 0 Resektion

23. April

Stuhl in der Drainage → CT Abdomen, Anastomosensuffizienz beziehungsweise Perforation im descendo-sigmoidalen Übergang bei Verdacht auf perforierte Sigmadivertikulitis

25. April

Revisionslaparotomie mit Sigmaresektion, Blindverschluss des Rektumstumpfes, Anlage eines endständigen Descendostomas

Weiterer Verlauf komplikationslos, Entlassung am 4. Mai mit liegender Douglasdrainage

22. Mai

Wiederaufnahme wegen putriden Absonderungen über die liegende Drainage, Rektoskopie: Rektumstumpfsuffizienz → konservative Therapie mit Spülungen

26. Juni

Wiederaufnahme zur Wiederherstellung der Darmkontinuität

27. Juni

Laparotomie, Rektumstumpf in einer Narbenplatte, nicht darstellbar, Wiederherstellung der Darmkontinuität durch „blinde“ Stapleranastomose, Blasenwand laut OP-Bericht nicht im Anastomosenbereich, Vorschaltung eines protektiven Ileostomas.

Transrektal nach Anlegen der Anastomose Austreten von fleischwasserfarbener Flüssigkeit via Rektum, im Resektat 3 Staplerringe (Vermutung Ziehharmonikaeffekt) keine Histologie der Staplerringe, Glatte Wundheilung, Entlassung am 4. Juli

21. August

Wiederaufnahme wegen Urinabganges via Rektum, Röntgenologische Darstellung einer vesiko-rektalen Fistel, koloskopisch Fistel bei circa 8 cm ab ano, Verlegung zur interdisziplinären Fistelversorgung zum Maximalversorger

8. Oktober

Diagnostik Maximalversorger: 2 Fisteln vom Blasenboden zum Rektum, zystoskopisch Klammernahtmaterial im Bereich der aufsteigenden Blasenhinterwand

12. Oktober

interdisziplinärer Versuch der Fistelversorgung:

Blase stark deformiert, Rekonstruktion nicht möglich, Zystektomie und intersphiktäre Rektumresektion mit Anlage eines Ileumkonduits und Anlage eines endständigem Kolostoma als Dauerlösung.

Der Verlauf macht betroffen. Wie beurteilen Sie diese Behandlung? Wir freuen uns auf Ihre Diskussion. ■

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