

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, bevor wir Ihnen unseren nächsten Fall vorstellen zunächst allen Kollegen, die sich mit schriftlichen Diskussionsbeiträgen zu unserem im Heft 1/2022 veröffentlichten Fall gemeldet haben, herzlichen Dank (siehe Leserbriefe Seite 27).

Zur Bewertung des Falles aus Heft 1/2022

Indikationsstellung und Wahl des endoskopischen Weges zur Nephrektomie waren nicht zu kritisieren.

Nach unserer Sachverhaltsermittlung, gestützt auf zwei ausgewiesene Experten des Fachgebietes Urologie und den kompletten Sachverständigenrat der Gutachterstelle, sind bei der Mobilisierung des Duodenums zwei Läsionen entstanden. Eine Serosaläsion, die durch Übernähung versorgt wurde, und eine Vollwandläsion, die nicht detektiert und zum Ausgangspunkt der schweren Peritonitis mit letztlich tödlichem Verlauf wurde.

Damit konzentrierte sich die juristische Bewertung auf die Frage, ob dieses „Übersehen“ der Vollwandläsion des Duodenums als vorwerfbarer Behandlungsfehler zu bewerten war. Die Diskussion zu dieser Problematik im Sachverständigenrat war ausgesprochen kontrovers und es brauchte eine zweite Sitzung, um zu einem vom gesamten Sachverständigenrat getragenen Ergebnis zu kommen.

Letztlich ist der Sachverständigenrat zu der Überzeugung gekommen, dass dieses „Übersehen“ der zweiten Läsion dem OP-Risiko bei schwierigem Situs zuzuordnen ist und keinen Behandlungsfehler darstellt. In der juristischen

Konsequenz führt diese Bewertung zu einer Abweisung der Schadensersatzansprüche.

Die Frage, warum in einem relativ kurzen Zeitfenster die Peritonitis zu einer schweren Leberperfusionsstörung mit den nachfolgenden Komplikationen geführt hat, ist äußerst diffizil und war im Zuge dieses Verfahrens naturgemäß nicht zu klären.

Ein besonderer Dank der aufmerksamen Kollegin, die in unserer Veröffentlichung einen schweren Fehler entdeckt hat. Natürlich muss es bei der Falldarstellung unter dem 20. Juli 2018 heißen: Hemikolektomie links (nicht rechts, wie in unserer Veröffentlichung dargestellt) bei kotiger Peritonitis infolge Sigma-perforation. Wir bitten um Entschuldigung.

Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Unser neuer Fall kommt aus der konservativen Traumatologie: Antragsteller, Jahrgang 1944, Hypertonie, Antikoagulation mit Xarelto bei Vorhofflimmern, Zustand nach apoplektischem Insult 2011

25. August 2019

Sturz mit dem Fahrrad, Einweisung in regionales Krankenhaus
Dg: Schädelprellung und Schürfwunde re. frontal, mehrfragmentäre Acetabulumfraktur re., vordere Beckenringfraktur re.
Th: Xareltopause, Thromboseprophylaxe mit Clexane 40 gewichtsadaptiert

26. August 2019

Verlegung zum Antragsgegner (Maximalversorger) mit der Fragestellung der operativen Versorgung der Acetabulumfraktur

Hier Entscheidung zur konservativen Behandlung mit Bettruhe, Fortführung der Thromboseprophylaxe mit Clexane 40, 1 x tgl.

Rö.-Kontrolle nach vier Wochen → stabile Fraktursituation, Beginn Mobilisierung

2. Oktober 2019

Verlegung in hauseigenes geriatrisches Therapiezentrum zur weiteren (ambulanten) Mobilisierung. Wechsel Thromboseprophylaxe Clexane 40 → Innohep 0,8/d

7. Oktober 2019

Entlassung, zu diesem Zeitpunkt mobil mit Gehhilfen

Am gleichen Tag gegen 21.30 Uhr apoplektischer Insult, Einweisung in regionales Krankenhaus

Bei Aufnahme: globale Aphasie sonst keine fokale-neurologischen Defizite
Bildgebung: ausgeprägte cerebrale Mikroangiopathie, Hirninfarkt im Mediastromgebiet

Lysetherapie, Aphasie nach Lyse deutlich gebessert

Wie beurteilen Sie diesen Verlauf? Wir freuen uns auf Ihre Diskussion. ■

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