

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserzuschriften zum aktuellen Fall der Gutachterstelle, in „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2023, Seite 12

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge, als Pathologe möchte ich mich aus verschiedenen Gründen zurückhaltend zu dem sehr bedauerlichen Krankheitsverlauf der im 57. Lebensjahr verstorbenen Frau äußern. Diagnose: papillennaher Verschluss des Ductus choledochus bei Cholezystolithiasis. Akutes Krankheitsgeschehen. Keine wesentlichen Vorerkrankungen. Tod im Gefolge einer endoskopischen retrograden Cholangio-pankreatographie (ERCP) am zweiten Krankheitstag sowie erneuter ERCP und folgender transhepatischer Cholangiographie (PTCD) am vierten Krankheitstag. Als Komplikationen des therapeutischen Vorgehens werden eine offensichtliche Perforation des Duodenums bei der ersten ERCP angegeben (Gas im Bauchraum) sowie eine Verletzung eines größeren Astes der A. hepatica bei der PTCD. Die wegen der intra- und extrahepatischen Blutung als Notlösung durchgeführte Coilembolisation der A. hepatica hat offensichtlich durch ein Leberversagen zum Tod bei Sepsis am 40. Krankheitstag beigetragen.

Man darf davon ausgehen, dass die Patientin durch ihre Unterschrift ihr Einverständnis für die durchgeführten Maßnahmen gegeben hat. Das Auftreten von Komplikationen bei der ERCP und PTCD, wie sie bei der Patientin aufgetreten sind, sind möglicherweise bei der Aufklärung der Patientin erwähnt worden. Ein schuldhaftes Verhalten der involvierten Ärzte lässt sich wahrscheinlich nicht nachweisen. Ein Anspruch auf Schadenersatz zu 100 Prozent sollte dennoch erfolgen, wobei sich die beteiligten Behandlungseinrichtungen (zu gleichen Teilen?) beteiligen sollten.

Fragen bleiben leider offen. Wie steht es um die Qualifikation der beteiligten

Ärzte, waren erfahrene Ober- oder Chefärzte als Assistenz oder im Hintergrund erreichbar? Wäre ein laparoskopisches Vorgehen (vielleicht auch eine Laparotomie) an Stelle der zweiten ERCP nicht die bessere Entscheidung gewesen, zumal der Nachweis des Gases im Bauchraum (m.E.) ohnehin abzuklären war?

Ist eine Obduktion erfolgt und wenn nicht, warum wurde sie nicht durchgeführt (bei einem Tod im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen ist sie durchzuführen)? Auch wenn mir bewusst ist, dass unser gegenwärtiges Gesundheitswesen keine Voraussetzungen mehr dafür bietet, möchte ich als älterer Pathologe eine Forderung aufstellen: Alle Ärzte, die sich derartige Eingriffe zutrauen, sollten wenigstens für ein Jahr eine Lehrzeit im Obduktionssaal absolviert haben. Vielleicht wären dann solche Krankheitsverläufe seltener zu beklagen.

Dr. med. Helmut Barz, Dresden

Einer 57-jährigen Patientin ohne nennenswerte Nebenerkrankungen wird beim Sterben in drei Krankenhäusern einfach zugesehen – aber nicht geholfen! Der beschriebene Verlauf macht mir große Angst! Die Patientin hatte nur Steine – im Gallengang und in der Gallenblase. Einlaufender Ikterus und Oberbauchschmerzen – die Diagnostik war 1980 viel schwieriger, außer dem Abtasten, der Anamnese, dem Stethoskop und den Laborwerten im Verlauf, der Röntgenuntersuchung mit oder ohne KM, hatten wir keine Möglichkeiten. Ultraschall, CT- oder MRT-Untersuchung gab es noch nicht. Aber auch wir konnten schon eine ERCP machen – in so einem Falle wäre sie unter OP-

Bereitschaft erfolgt, mit intraoperativem Röntgen. Wenn sich der freie Abfluss der Gallenflüssigkeit nicht herstellen lassen, hat sich in gleicher Narkose die offene Operation angeschlossen: Cholezystektomie und Choledochotomie. Die Revision des gemeinsamen Gallenganges erfolgte offen. Die Inzision erfolgte immer in Längsrichtung des Gallenganges nach Punktion und Entlastung, die Steine wurden mechanisch entfernt, es wurde mit NaCl-Lösung gespült. Das T-Drain wurde in den Gallenhauptgang eingelegt und die Inzisionsstelle mit löslichen Fäden so eingeeengt, dass keine Gallenflüssigkeit in den Bauchraum fließen konnte. Das Vorgehen war standardisiert und zielführend. Die Nachsorge war klar: An das T-Drain wurde ein Abflussbeutel angebracht, täglich die Menge der Gallenflüssigkeit erfasst, wenn der Gallenfluss weniger wurde, wurde der Beutel „hoch gehängt“, dann stundenweise abgeklemmt. Wenn das Abklemmen gut vertragen wurde, kam nach 24 Stunden Abklemmung das T-Drain raus. Parallel dazu wurde die Kost langsam wiederaufgebaut: von anfänglicher 0-Diät (nur Infusionen) über Tee langsam über breiige Kost zur Vollkost. Das wäre vor über 40 Jahren so gelaufen, wenn die Patientin in unser kleines Stadt Krankenhaus gekommen wäre. Sie wäre zehn bis zwölf Tage stationär gewesen, vier bis sechs Wochen AU. Warum musste diese Patientin heutzutage sterben? ■

Dr. med. Margot Grossehelweg, Radeberg

Die ausführliche Version des stark gekürzten Leserbriefes finden Sie unter www.slaek.de → Presse/ÖA → Ärzteblatt Sachsen