

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Ungekürzte Leserauschrift von Dr. med. Margot Grossehelweg, Radeberg, zum aktuellen Fall der Gutachterstelle, in „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2023, Seite 12

Sehr geehrter Herr Kollege Dr. Kluge,

der dort geschilderte Fall macht mich unendlich traurig und betroffen und ist in seinem Verlauf für mich nicht nachvollziehbar – und er macht mir Angst. Einer 57-jährigen Patientin ohne nennenswerte Nebenerkrankungen wird beim Sterben in drei Krankenhäusern einfach zugesehen – aber nicht geholfen!

Sie hatte Gallensteine – im Gallengang und in der Gallenblase. Diese Steine im Gallengang hatten den Galleabfluss blockiert und somit die Leber gestaut und am Ende zerstört.

Sie war nicht in der Wüste oder im Urwald, nicht am Nord- oder Südpol, sie hatte sich vertrauensvoll, um Hilfe suchend, in ärztliche Behandlung in ein Krankenhaus ihrer Wahl in Deutschland begeben.

Meine Ausbildung zur Chirurgin habe ich 1979 in einem kleinen Stadtkrankenhaus im Bezirk Dresden in der DDR begonnen. Studiert hatte ich zuvor in Leipzig an der KMU.

Solche Krankheiten: einlaufender Ikterus und Oberbauchschmerzen waren häufig, die Diagnostik gegenüber heute viel schwieriger, außer dem Abtasten, der Anamnese, dem Stethoskop und den Laborwerten im Verlauf, der Röntgenuntersuchung mit oder ohne Kontrastmittel, hatten wir keine Möglichkeiten. Es gab noch keinen Ultraschall, keine CT- oder MRT-Untersuchung.

Aber auch wir konnten schon eine ERCP machen – in so einem Falle wäre sie unter OP-Bereitschaft erfolgt, mit intraoperativem Röntgen (mit KM – sofern keine Allergie vorlag). Wenn sich der freie Abfluss der Gallenflüssigkeit nicht

hätte herstellen lassen, hätte sich in gleicher Narkose die offene Operation angeschlossen: Cholezystektomie und Choledochotomie mit Einlage einer T-Drainage in den Gallenhauptgang. Eine zusätzliche Drainage wurde – extra herausgeleitet – in das Gallenblasenbett eingelegt. Beide Drains wurden an der Bauchdecke angenäht. Die offene Revision des gemeinsamen Gallenganges war diffizil und anspruchsvoll. Aber es war immer wieder ohne Problem machbar, zumal der Gang in so einem Fall ja deutlich gestaut und somit verdickt war. Die Inzision erfolgte immer in Längsrichtung des Gallenganges, meistens nach Punktion und Entlastung, die Steine wurden mechanisch entfernt, es wurde mit NaCl-Lösung gespült. Manchmal wurde noch mal intraoperativ mit Kontrastmittel geröntgt (Aufwand: Bilder wurden gemacht – die Platte unter den narkotisierten Patienten geschoben!) Das T-Drain wurde über die Inzisionsstelle in den Gallenhauptgang eingelegt und die Inzisionsstelle mit löslichen Fäden so eingeeengt, das keine Gallenflüssigkeit in den Bauchraum fließen konnte. Das Vorgehen war standardisiert und zielführend. Ich kann mich an keine ernsthaften Komplikationen diesbezüglich in den Jahren meiner Klinikzeit erinnern.

Auch die Nachsorge war klar: Nach dem Verschluss der Bauchdecke wurde an das T-Drain ein Abflussbeutel angebracht – mit aufgedruckter Mengenanzeige, das einfache Drain wurde in den Verband abgeleitet. Auf Station wurde bei der Visite täglich die Menge der Gallenflüssigkeit aufgeschrieben, nach ein paar Tagen, wenn der Gallenfluss weniger wurde, wurde der Beutel „hoch

gehängt“, dann stundenweise abgeklemmt. Wenn das Abklemmen gut vertragen wurde, kam nach 24 Stunden abgeklemmter Drainage das T-Drain wieder raus. Es hat mich immer wieder fasziniert, dass man das Drain ziehen konnte, und sich die Öffnung im Gallengang immer von alleine verschlossen hat. Nie habe ich längere Fistelungen beobachtet. Parallel dazu wurde die Kost langsam wiederaufgebaut: von anfänglicher 0-Diät (nur Infusionen) über Tee langsam über breiige Kost zur Vollkost. Der angegriffenen Leber wurde somit eine Ruhephase gegeben, und es ist dadurch auch niemand verhungert.

Eine Antibiose gab es – meiner Erinnerung nach – nur bei gleichzeitigem Fieber als Zeichen einer zusätzlichen Infektion.

Das wäre vor über 40 Jahren so gelaufen, wenn die Patientin in unser kleines Stadtkrankenhaus gekommen wäre. Sie wäre zehn bis zwölf Tage stationär gewesen, insgesamt vier bis sechs Wochen krankgeschrieben.

Für mich ist im geschilderten Verlauf eine große Kaskade von Fehlern passiert. Die heutigen Strukturen in den Kliniken kenne ich nicht mehr. Ob ökonomiegetriebene Entscheidungsfindungen die Ursachen für diesen traurigen Verlauf waren, kann ich nicht beurteilen.

Aber spätestens, als nach der ECRP die freie Luft im Abdomen nachgewiesen wurde, hätte eine operative Revision erfolgen müssen!!! ABSOLUTE Operations-Indikation. (Und diese ist nicht vom Gesellschaftssystem, Kassenlage oder Eigentumsverhältnissen abhängig.

Das haben wir als Ärzte gelernt. Und da darf uns NIEMAND reinreden – dürfen?).

Operation innerhalb sehr kurzer Zeit! Es ist dann wie eine Magenperforation mit gleichzeitiger Leberstauung durch fehlenden Galleabfluss einzuschätzen. Also: Beginnende Peritonitis zusätzlich zur zunehmenden Funktionslosigkeit der Leber – waren hier wirklich Chirurgen in die Entscheidungen einbezogen?

Haben Chirurgen diese eklatanten Fehleinschätzungen gemacht? Warum? Gab es in der Hierarchie der Entscheidungsbefugten Unklarheiten? Profilierungssucht?

Der handwerklich arbeitende, mit seinem Wissen und seinen Erfahrungen arbeitende Chirurg wurde durch teure Technik „ersetzt“, welche aber die geforderte Leistung nicht erbringen konnte: Die Gallenflüssigkeit ableiten,

die Peritonitis aufhalten durch Beseitigung der Ursache....

Die Patientin und ihre Angehörigen tun mir sehr leid. Große Angst habe ich, wenn ich solch einen Verlauf höre, davor, selbst einmal auf so eine Klinik und solche Kollegen angewiesen zu sein... ■

Dr. med. Margot Grossehelweg, Radeberg