Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen,
die Gutachterstelle möchte Ihnen wieder einen Fall zur kollegialen Diskussion vorstellen, diesmal aus den Fachbereichen Neurochirurgie und Viszeralchirurgie.

Zuvor aber wieder unsere Bewertung des im „Ärzteblatt Sachsen", Heft 7/2025 dargestellten Behandlungsfalles einer Appendizitis mit nachfolgend septischen Komplikationen und einem desaströsen Ausgang.
Unserer Bewertung zugrunde liegen, wie Ihnen inzwischen geläufig ist, das zum Behandlungsfall gefertigte Sachverständigengutachten und die Beurteilung durch unseren Sachverständigenrat. In Anbetracht der nahezu fehlenden zielgerichteten Diagnostik im Zeitraum vom 20. bis 25. Januar 2021 war die Beurteilung nicht schwierig, die Bewertung im Sachverständigenrat war einstimmig. Die schweren postoperativen Komplikationen sind kausal begründete Folge der unzureichenden Diagnostik und damit kausale Folge einer fehlerhaften Behandlung. Die fehlende ärztliche Verlaufsbeurteilung lässt organisatorische Defizite in der Klinikorganisation des Antragsgegners vermuten.

Zu entscheiden war, ob die festgestellte Fehlbehandlung die Kriterien eines groben Behandlungsfehlers erfüllt. Die Gutachterstelle hat dies bejaht, die juristische Folge dieser Feststellung wäre eine komplette Beweislastumkehr zu Lasten des Antragsgegners. Damit wäre eigentlich eine Bewertung der Kausalität des Fehlers für den Schaden nicht mehr zwingend erforderlich. Als ärztliche Standesvertretung sind wir jedoch immer bemüht, die Kausalitätsbeziehungen zwischen der festgestellten Fehlbehandlung und dem eingetretenen Schaden zu klären. In diesem Fall war diese Beziehung eindeutig.

Die Gutachterstelle hat folglich die Regulierung des Schadens empfohlen. In Anbetracht des Alters des Patienten und der Schwere der eingetretenen Schädigungen dürfte das Regulierungsvolumen beträchtlich sein. Bei derartigen Konstellationen hat das Votum der Gutachterstelle für den Haftpflichtversicherer eher eine orientierende Bedeutung. Für einen Regulierungsumfang, der schnell in den siebenstelligen Bereich gehen kann, ist aus naheliegenden Gründen eine rechtsverbindliche Grundlage erforderlich.

Die Kolleginnen und die Kollegen, die sich zu diesem Fall geäußert haben, haben alle ihre Bestürzung über diesen Behandlungsverlauf Ausdruck gegeben. An dieser Stelle ein Hinweis in eigener Sache: In den Zuschriften erreicht uns immer wieder der Wunsch, in die Darstellung mehr Details (zum Beispiel Labordiagnostik, Röntgenbefunde oder OP-Berichte) einzufügen. Wir haben dieses sehr prägnante, manchmal vielleicht auch verkürzende Format bewusst gewählt und wollen dies beibehalten. Wünsche nach detaillierteren Informationen werden natürlich im Dialog bedient.

Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Patientin Jahrgang 1966, keine wesentlichen Begleiterkrankungen.
Ansprüche werden gegenüber zwei Behandlungseinrichtungen geltend gemacht.

Antragsgegner 1:
Klinik für Neurochirurgie
(Maximalversorger, AG 1)
Antragsgegner 2:
Klinik für Neurorehabilitation und Klinik für Viszeralchirurgie
(Maximalversorger, AG 2),
andere Einrichtung als AG 1

3/2023
radiologische Sicherung einer petroclivialen Raumforderung, am ehesten Meningeom;
Anlass der Diagnostik: gehäuft Kopfschmerzen, Tinnitus, Gefühlsstörungen im Gesicht und an den oberen Extremitäten

29. März 2023
nach ambulanter Vorstellung (6. März 2023) bei AG 1 mit Stellung der OP-Indikation stat. Aufnahme zur operativen Versorgung bei AG 1

31. März 2023
Teilresektion des Meningeoms, Komplettresektion technisch nicht möglich

1. April 2023
Schlaganfallgeschehen mit Paraparese, Weiterbeatmung und ITS-Versorgung

3. April 2023
Implantation einer Hirndrucksonde

15. April 2023
Dilatationstracheotomie

17. April 2023
PEG-Anlage

26. April 2023
Verlegung zu AG 2 zum Weaning und zur Neurorehabilitation

30. April 2023
Entwicklung eines akuten Abdomens → Verlegung Viszeralchirurgie
CT-Diagnostik: 4 Quadranten-Peritonitis mit deutlichen Hinweisen für ein septisches Geschehen

1. Mai 2023
Explorativlaparotomie (Start 0.15 Uhr): intraoperativ 4 Quadranten-Peritonitis, möglicherweise unzureichende Abdichtung der PEG-Eintrittsstelle an der Magenvorderwand → Fixierung der Magenvorderwand an der vorderen Bauchwand, Lavage
Revisionslaparotomie (Start 11.30 Uhr) bei Verdacht auf intraabdominale Blutung
intraoperativ Nekrotisierung des distalen Magens, Magenteilresektion mit Blindverschluss des Magenstumpfes

3. Mai 2023
geplante Revisionslaparotomie zur Wiederherstellung der Darmkontinuität

5. Mai 2023
Tod der Patientin im Multiorganversagen

Die Antragstellerin (Tochter der Patientin) macht dem AG 1 den Vorwurf, im Zuge der OP-Planung die Indikation zu dem Eingriff großzügig gestellt zu haben und nicht ausreichend über mögliche Behandlungsalternativen aufgeklärt zu haben.

Gegenüber AG 2 wird der Vorwurf der nicht zeitgerechten Erfassung des einlaufenden septischen Geschehens erhoben und die chirurgische Versorgung fehlerhaft ausgeführt zu haben.

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

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

Zum Nachlesen „Aktueller Fall der Gutachterstelle“, Heft 7/2025