



50

50 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen



50 Jahre Gutachterstelle
für Arzthaftungsfragen

2. BEITRAG:
EINFACHER BEHANDLUNGSFEHLER



50 Jahre Gutachterstelle



Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer wurde 1975 als bundesweit erste derartige Einrichtung unter dem Namen „Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtstreitigkeiten“ eingerichtet und feiert in diesem Jahr ihr 50-jähriges Bestehen. Aufgabe der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen ist es, „durch objektive Prüfung oder Begutachtung ärztlichen Handelns, Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und Ärzten die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern“. Dazu prüft die Gutachterstelle auf Antrag, ob im konkreten Fall ein Behandlungsfehler vorliegt, der kausal einen Gesundheitsschaden verursacht hat und will damit eine außergerichtliche Einigung zwischen Arzt und Patient fördern. Mit Unterstützung externer Gutachter erstellen unabhängige, entscheidungsbefugte Mitglieder der Gutachterstelle, (Ärzte und Juristen mit der Befähigung zum Richteramt) eine abschließende Stellungnahme (Votum). Den Einzelfall entscheidet die Gutachterstelle mit einem Arzt und einem Juristen.

Anlässlich des 50-jährigen Bestehens der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen werden neben anderen Aktivitäten anonymisierte Gutachtensfälle auf der Homepage der Gutachterstelle (www.gutachterstelle-bayern.de) jeweils zu einem besonderen juristischen Thema beispielhaft vorgestellt. Die 6 Beiträge erscheinen ab Januar 2025 2-monatlich mit jeweils 5-8 Fällen.

Ziel der Vorstellung der gutachtlichen Entscheidungen ist, die ärztlichen Kollegen zum Thema Behandlungsfehler und zu deren Vermeidung zu sensibilisieren.

Einfacher Behandlungsfehler



Eine Haftung des behandelnden Arztes kommt sowohl wegen der Verletzung vertraglicher Sorgfaltspflichten (§ 280 Abs. 1 BGB) als auch wegen eines Verstoßes gegen deliktische Sorgfaltspflichten (§ 823 ff. BGB) in Betracht. Ein (einfacher) Behandlungsfehler liegt vor, wenn der behandelnde Arzt den anerkannten und gesicherten Behandlungsstandard der medizinischen Wissenschaft vorwerfbar missachtet hat. Ferner muss der vom Patienten geltend gemachte Gesundheitsschaden durch den Behandlungsfehler verursacht worden sein (haftungsbegründende Kausalität). Grundsätzlich ist der Patient für die genannten haftungsbegründenden Umstände beweispflichtig.

Die Kommission gibt ihre abschließende Stellungnahme nach der Verfahrensordnung der Gutachterstelle im schriftlichen Verfahren, d.h. ausschließlich nach der Aktenlage ab. Die Einvernahme von Zeugen oder eine Anhörung der Parteien sieht die Verfahrensordnung der Gutachterstelle nicht vor.

Die Frage des Nachweises der haftungsbegründenden Kausalität ist häufig verfahrensentscheidend. Denn selbst wenn ein Behandlungsfehler festgestellt wird, steht damit noch nicht fest, dass dieser auch sicher zum geltend gemachten Gesundheitsschaden geführt hat. Allerdings kommt es zu Gunsten des Patienten zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich der Verursachung des geltend gemachten Gesundheitsschadens durch den Behandlungsfehler, wenn vom Patienten ein grober Behandlungsfehler oder ein qualifizierter Befunderhebungsfehler bewiesen wird. Gemäß § 630 h Abs. 5 S. 1 BGB bzw. § 630 h Abs. 5 S. 2 BGB muss dann die Behandlungsseite beweisen, sofern der grobe Behandlungsfehler bzw. der qualifizierte Befunderhebungsfehler grundsätzlich geeignet sind, den gemachten Gesundheitsschaden zu verursachen, dass dieser für den geltend gemachten Gesundheitsschaden nicht einmal mitursächlich geworden ist. Die Behandlungsseite wird diesen Beweis, da ein komplexes multifaktorielles, individuell geprägtes körperliches Geschehen zur Beurteilung steht, meist nicht führen können.

Fälle, in denen es im Gutachterverfahren um einen einfachen Behandlungsfehler ging:

h. Pratschke/Ramm

Schädigung der Schulterpfanne durch nicht bemerkte intraartikuläre Fehlplatzierung eines Implantats

i. Lachenmayr/Ramm

Glaukomdiagnostik – frühe Veränderungen rechtzeitig erkennen und bewerten

j. Pratschke/Aubele

Fehlerhafte Ruhigstellung einer frischen kindlichen Tibiafraktur

k. Demmel/Aubele

Nicht erkannte doppelt angelegte Gallenblase

l. Trenkwaldler/Ramm

Muss ein funktionsloser Herzschrittmacher immer entfernt werden?

Schädigung der Schulterpfanne durch nicht bemerkte intraartikuläre Fehlplatzierung eines Implantats

Pratschke/Ramm

Sachverhalt

Bei der Antragstellerin war es unfallbedingt zu einer frischen Ruptur der Supraspinatussehne, bestätigt durch eine MRT-Untersuchung der linken Schulter, gekommen. Gleichzeitig bestanden eine Arthrosis deformans des Acromioclaviculargelenkes mit einer Insertionstendinose der Infraspinatussehne sowie eine Bursitis subacromialis. Eine Woche post trauma wurden durch den Antragsgegner nach einer diagnostischen Arthroskopie des linken Schultergelenkes im gleichen Eingriff arthroskopisch eine partielle Synovektomie mit Labrumsanierung, eine subakromiale Dekompression mit Burssektomie und ein Debridement der Infraspinatus- und der Subscapularissehne vorgenommen. Die rupturierte Supraspinatussehne wurde in Ankertechnik am Humeruskopf refixiert.

Postoperativ anhaltende Schmerzen führten zu einer MRT-Untersuchung fünf Monate später. Als Ursache der Schmerzen wurde ein tiefreichender Knorpelschaden des Glenoids (Schultergelenkspfanne) gesehen, ein Befund, der bei der streitgegenständlichen diagnostischen und therapeutischen Arthroskopie des AG noch nicht bestand.

Andernorts erfolgten im Rahmen einer arthroskopischen Operation die Entfernung des Fadenankers und unter anderem die Glättung des Glenoids.

Antragsbegehren

Die Antragstellerin wirft dem Antragsgegner vor, bei der Operation einen Fadenanker falsch positioniert fixiert zu haben. Dadurch sei es zu massiven mechanischen Schäden am Glenoid gekommen. Dies habe zu anhaltenden starken Schmerzen, Bewegungseinschränkungen in der linken Schulter und zu weiteren

Beschwerden benachbarter Gelenke am linken Arm geführt. Die Antragstellerin habe sich einer erneuten Operation andernorts unterziehen müssen und könne ihren Beruf als ambulante Altenpflegerin nicht mehr ausüben.

Beweisaufnahme und Beurteilung

Der Gutachter bestätigt anhand der ihm vorliegenden Behandlungsunterlagen, dass vor der verfahrensgegenständlichen Operation Läsionen im Bereich der Rotatorenmanschette links vorlagen. Die stationäre Aufnahme und die operative Behandlung durch den Antragsgegner erfolgten wegen starker Schmerzen und der dadurch bedingten Bewegungseinschränkung der linken Schulter bei bildgebendem Nachweis eines Defektschadens der Supraspinatussehne. Die präoperative Diagnostik war korrekt und umfassend sowie ausreichend zur Planung der vorgesehenen Operation. Die Indikation für den streitgegenständlichen Eingriff war zweifelsfrei gegeben. Die vorliegenden Unterlagen lassen den Gutachter auf eine ausreichende und dem Standard entsprechende Operationsaufklärung schließen.

Dagegen kommt der Gutachter zu der Feststellung, dass die Operation nicht korrekt durchgeführt wurde. Beim Platzieren des Schraubenankers zur Fixierung der Supraspinatussehne wurde der Standard der arthroskopischen Schulterchirurgie nicht eingehalten. Der Schraubenanker wurde so tief eingesetzt, dass er die gegenüberliegende Knochenrinde (Kortikalis) der Oberarmgelenkfläche durchbrach und zur Verletzung des Gelenkknorpels und der Gelenkpfanne (Glenoid) führte. Die Fehlplatzierung des Schraubenankers war vermeidbar und ist deshalb nicht als schicksalshafte oder eingriffstypische Komplikation zu werten. Der Schraubenanker bestand aus Keramik, weshalb die intraarti-



kuläre Lage auf den postoperativen Röntgenbildern nicht, dagegen aber auf den postoperativen MRT-Bildern deutlich nachvollziehbar war. Grundsätzlich sei der verwendete Schraubenanker für die Refixation der Supraspinatussehne geeignet gewesen. Die postoperativen, durch den Antragsgegner empfohlenen Behandlungsmaßnahmen entsprachen dem aktuellen Standard. Sowohl die geklagten Beeinträchtigungen der Antragstellerin mit den von ihr vorgebrachten Gesundheitsschäden wie auch der Revisionseingriff andernorts sind kausal auf das ärztliche Handeln des Antragsgegners bei der streitgegenständlichen Operation zurückzuführen.

Schlüssig und nachvollziehbar kommt der externe Gutachter in seinem Hauptgutachten zu der Feststellung, dass eine feh-

lerhafte ärztliche Behandlung vorliegt und diese kausal zu dem Knorpel- und Knochenschaden vor allem an der Gelenkfläche der Schulterpfanne geführt hat. Überzeugend belegt dies der Gutachter auch mit postoperativen CT-Bildern zum Verlauf des Schraubenkanals des verwandten Ankers und mit intraoperativen Diaprints der arthroskopischen Revisionsoperation andernorts.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen kommt zu der abschließenden Auffassung, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt, der ursächlich für die von der Antragstellerin geltend gemachten Gesundheitsschäden wurde.



Bei gelenknaher Einbringung von Implantaten ist eine intraartikuläre Lage obligat schon intraoperativ auszuschließen und zu dokumentieren.



Glaukomdiagnostik – frühe Veränderungen rechtzeitig erkennen und bewerten

Lachenmayr/Ramm

Sachverhalt:

Der Antragsteller (AS) befand sich seit neun Jahren aufgrund eines Offenwinkelglaukoms (OWG) mit exkavierter Papille regelmäßig in der Behandlung des Antragsgegners (AG). Zu Beginn wurde die Medikation von Trusopt-Augentropfen (Trusopt-AT) auf Taflotan AT umgestellt, darunter war der Druck kompensiert.

Bei der Untersuchung neun Jahre nach Behandlungsbeginn bestand ein Visus von 1,0 beidseits. Der Augendruck betrug 18 mm Hg rechts und 17 mm Hg links. Die Gesichtsfelduntersuchung zeigte ein Bjerrum-Skotom, links deutlicher als rechts. Es erfolgte eine Beratung über eine Glaukomoperation sowie die Empfehlung, sich diesbezüglich bei einer entsprechenden augenärztlichen Einrichtung vorzustellen.

Drei Tage später lag der Augendruck bei 27 mm Hg beidseits. Die Medikation wurde ergänzt und eine zeitnahe Vorstellung in der schon empfohlenen Einrichtung sowie eine Notfalleinweisung angeordnet, wenn der Druck weiter ansteigen sollte (>25 mm Hg trotz Mehrfachmedikation).

Fünf Tage später stellte sich der AS in einer zentralen Augenarztpraxis vor. Es wurde zunächst eine Ergänzung der Lokaltherapie vorgeschlagen und es erfolgte eine Umstellung der Medikation auf Ganfort AT und Simbrinza AT. Eine Gesichtsfelduntersuchung und weitere Untersuchungen wurden durchgeführt.

Nach zwei Wochen erfolgte ein Tagesdruckprofil beim niedergelassenen Augenarzt. Daraufhin wurde drei Tage später am rechten Auge eine Argonlaser-Trabekuloplastik (ALT) vorgenommen. Wenige Tage später zeigte sich der Augeninnendruck bei 19 mm Hg. Der AS berichtete über eine Verschlechterung des Sehvermögens und zentrale Gesichtsfeldausfälle am rechten

Auge. Eine Woche danach erfolgte eine iStent Inject Implantation am rechten Auge sowie der gleiche Eingriff zwei Wochen später am linken Auge.

Antragsbegehren

Der AS rügt, dass er dem AG seit zwei Jahren von dem Gefühl einer nachlassenden Sehleistung berichtet und diesen gebeten habe, festzustellen, ob als Ursache dafür ein behandlungsbedürftiges Augenleiden vorliege oder ob es sich um ein altersgemäßes Nachlassen der Sehleistung handele. Stets habe der AG ihm versichert, dass sein Glaukom stabil sei. Der AG habe ihm die mehrfach dokumentierte Verschlechterung des OCT nicht genannt und habe auch keine Therapieanpassung vorgenommen. Darüber hinaus habe der AG bei der Messung des Augendruckes die Hornhautdicke nicht berücksichtigt. Zwischenzeitlich habe sich der AS fünf operativen Eingriffen unterziehen müssen, welche zum Glück erfolgreich verlaufen seien. Geblieben seien jedoch die Gesichtsfeldausfälle.

III. Beweisaufnahme und Beurteilung

Eine frühere Intensivierung der funktionellen und morphologischen Diagnostik (Gesichtsfeld, HRT, OCT etc.) hätte zu einer frühzeitigeren Diagnose der Progression der Glaukomerkrankung des AS geführt. Beim AS hat sich im Rahmen seiner Glaukomerkrankung ein massiver Gesundheitsschaden in Form einer fortgeschrittenen beidseitigen Sehnervenschädigung entwickelt. Aus den Behandlungsunterlagen ist eindeutig zu entnehmen, dass vom AG nicht mit hinreichender Konsequenz und in hinreichend kurzen zeitlichen Abständen eine zielführende diesbezügliche Diagnostik durchgeführt wurde beziehungsweise,

wenn durchgeführt, diese jedenfalls nicht angemessen bewertet wurde. Der eingetretene Gesundheitsschaden des AS ist fraglos auf dieses Versäumnis zurückzuführen. Bei konsequenter Überwachung entsprechend Leitlinien und Facharztstandard hätte der Zieldruck zu einem früheren Zeitpunkt angemessen angepasst (nach unten korrigiert) werden können. Die Therapie hätte auch entsprechend intensiviert werden können, z.B. in

Form einer früheren operativen Intervention. Das Unterbleiben einer intensiveren Überwachung bzw. einer engmaschigeren Diagnostik ist dem AG als behandlungsfehlerhaft zur Last zu legen. Die unterbliebenen Maßnahmen hätten die eingetretene fortgeschrittene beidseitige Sehnervenschädigung nach Überzeugung der Kommission verhindert. Damit hat die fehlerhafte Behandlung einen Gesundheitsschaden des AS verursacht.



Das Glaukom („sog. Grüner Star“) ist in der Regel eine chronisch über viele Jahre schleichend verlaufende Erkrankung, gelegentlich mit akuten Schüben der Verschlechterung. Daher muss bei jeder Kontrolle auf auch nur geringe funktionelle (z.B. Perimetrie) und morphologische Veränderungen (z.B. Analyse der Nervenfaserschicht) geachtet werden, am besten unter Zuhilfenahme der statistischen Hilfen, die von den modernen Untersuchungsgeräten in der Regel bereitgestellt werden, um „signifikante“ Veränderungen zu erfassen und konsequent die notwendigen therapeutischen Schritte in die Wege zu leiten.

Fehlerhafte Ruhigstellung einer frischen kindlichen Tibiafraktur

Pratschke/Aubele

Sachverhalt:

Die 4-jährige Antragstellerin (AS) wurde von ihren Eltern nach einem Unfall beim Spielen dem Antragsgegner (AG) in einer chirurgischen Gemeinschaftspraxis vorgestellt, wo nach klinischer und radiologischer Untersuchung eine nicht dislozierte proximale Tibiaquerfraktur diagnostiziert und ein zirkulärer Unterschenkelkunststoff-Cast angelegt wurde. 11 Tage später erfolgte eine Verlaufskontrolle in einer unfallchirurgischen Klinik andernorts. Nach Betrachtung der zur Verfügung gestellten Röntgenbilder wurde der Cast für die konservative Behandlung dieses Frakturtyps auf Höhe der Tuberositas tibiae als nicht geeignet befunden. In der durchgeführten Röntgenaufnahme zeigte sich eine unveränderte Stellung der Tibiafraktur. Der beim AG angelegte Unterschenkel-Cast wurde durch einen zirkulären Oberschenkel-Cast ersetzt. Weitere 4 Wochen später wurde der Oberschenkel-Cast nach radiologisch dokumentierter Konsolidierung der Fraktur entfernt. Im Unterschenkelbereich zeigten sich medial und lateral zwei langstreckige, vom Vorfuß bis zum Oberschenkel laufende Narben, medialseitig noch mit Krusten belegt. Hier war es mutmaßlich bei der ersten Gipsabnahme (Z.n. insuffizientem Unterschenkel-Cast mit nicht ausreichender Unterpolsterung und Hautschutz) zu oberflächlichen Hautschädigungen gekommen.

II. Antragsbegehren:

Der Vater der AS wirft dem AG vor, einen falschen Gips angelegt zu haben. Obwohl es sich um eine Tibiakopffraktur handelte, sei lediglich ein Unterschenkelgips angelegt worden.

Der Cast sei zu wenig unterpolstert gewesen, dadurch sei es bei der Abnahme mit der Gipssäge andernorts zu zwei langen Schnitt-/Reibungswunden an beiden Seiten des Unterschenkels gekommen. Es hätten sich zwei lange Narben gebildet, welche deutlich zu sehen und zu fühlen seien.

Das Entfernen des Unterschenkelgipses erfolgte in einem anderen Bundesland und ist dort Gegenstand eines Schlichtungsverfahrens.

III. Beweisaufnahme und Beurteilung

Der externe Gutachter im Verfahren stellt anhand der ihm vorliegenden Röntgenbilder die Diagnose eines metaphysären Stauchungsbruches der linken proximalen Tibia am wachsenden Skelett des 4 ½-jährigen Mädchens. Die Behandlung beim AG erfolgte im Zustand der frisch erlittenen Verletzung. Die Ruhigstellung der Fraktur durch einen äußeren Stützverband war indiziert. Allerdings lag der Oberrand des Unterschenkel-Casts nur 2,8 cm proximal der nicht verschobenen Fraktur. Belegt durch einen Hinweis auf ein Standardwerk der Frakturbehandlung im Kindes- und Jugendalter führt der Gutachter aus, dass metaphysäre Stauchungsfrakturen im Bereich der proximalen Tibia auch im nicht dislozierten Zustand dringend mit einem Oberschenkelstützverband versorgt werden müssen. Der durch den AG angebrachte zirkuläre Unterschenkelstützverband war vor Entfernung bei dünner Unterfütterung (radiologischer Nachweis andernorts) fehlerhaft durch den Antragsgegner nicht gespalten und in Spitzfußstellung angelegt worden. Gerade im Zustand der frischen Verletzung weisen die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie auf eine vollständige Spaltung aller Verbandsschichten hin.

Zusammenfassend kommt der Gutachter zu der Feststellung, dass eine fehlerhafte ärztliche Behandlung durch den Antragsgegner vorliegt. Zum einen hätte statt des zu kurzen Stützverbandes ein Oberschenkelstützverband angelegt und zum anderen hätte dieser zirkuläre Stützverband wegen der frischen Verletzung gespalten werden müssen. Außerdem ist zu dünnes Polstermaterial zur Unterfütterung verwendet worden und



das Sprunggelenk in einer 40 ° Spitzfußstellung ruhiggestellt gewesen. Deshalb habe andernorts der Gipswechsel mit der Entfernung des fehlerhaft angebrachten Unterschenkel-Casts zwingend erfolgen müssen.

Der Gutachter betont, dass glücklicherweise trotz der fehlerhaften Behandlung beim Antragsgegner weder ein Kompartmentsyndrom, noch eine Dislokation der Fraktur eingetreten ist. Allerdings hat die fehlerhafte Behandlung des Antragsgegners zur Notwendigkeit des Cast-Wechsels geführt und die zu dünne Unterfütterung die Entstehung der Weichteilverletzung andernorts begünstigt.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen schließt sich den überzeugenden und nachvollziehbaren Ausführungen des Gutachters an und kommt zu der abschließenden

Auffassung, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt, der die Entstehung der andernorts eingetretenen Weichteilverletzung zumindest begünstigt hat.

Dieser Behandlungsfehler ist kein grober Behandlungsfehler (§ 630h Abs. 5 Satz 1 BGB). Hiervon ist nur auszugehen, wenn ein Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln verstößt und dabei einen Fehler begeht, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Dies ist hier nicht der Fall, da durch den zwar fehlerhaft angelegten Cast kein unmittelbarer Schaden entstanden ist.



Frakturen im metaphysären und im proximalen Unterschenkelbereich werden mit Oberschenkelstützverbänden versorgt, die bei frischen Frakturen nach ausreichender Unterfütterung obligat gespalten werden müssen. Die Schienung von Frakturen mit Stütz- und Gipsverbänden ist eine ärztliche Aufgabe.



Je nach Begleitumständen und der individuellen Situation kann die Unterscheidung zwischen der fehlerhaften und der nicht nachweisbar fehlerhaften ärztlichen Behandlung im Einzelfall zu Diskussionen führen. Dies zeigen die folgenden dargestellten Fälle. Die medizinisch/juristische Kommission ist nicht weisungsgebunden und entscheidet unabhängig. Die Kommission konnte sich in den beiden folgenden Fällen auch zum Teil gegen die gutachterliche Einschätzung in ihrem Votum nicht für das Vorliegen eines (einfachen) ärztlichen Behandlungsfehlers entscheiden.

Wenn Sie diese beiden Beiträge, aber auch die anderen Artikel dieser Serie lesen, ist es wichtig zu wissen, dass das Gutachterverfahren ausschließlich anhand der zuvor eingeholten Behandlungsunterlagen unter Berücksichtigung des „rechtlichen Gehörs“ erfolgt. So kann es vorkommen, dass zum Beispiel auch ein Gericht anders entscheidet, weil sich durch die Einvernahme von Zeugen – diese kann die Gutachterstelle nicht durchführen - ein anderer Sachverhalt ergibt als allein aus den Behandlungsunterlagen.

Nicht erkannte doppelt angelegte Gallenblase

Demmel/Aubele

I. Sachverhalt:

Eine 68-jährige Patientin war wegen rezidivierender Oberbauchbeschwerden mit Übelkeit bei bekannter, vom Hausarzt mehrfach sonographisch dokumentierter Cholecystolithiasis zur elektiven Cholecystektomie in ein Klinikum überwiesen worden.

Als Nebendiagnosen mit verschiedenen Therapien waren u.a. „Adipositas, Hypertonus, somatiforme Störung, Dysthymie und depressive Symptome“ bekannt.

Nach nochmaliger sonographischer Befundsicherung wurde die Indikation zur laparoskopischen Cholecystektomie bestätigt. Der OP-Bericht beschreibt eine dem Standard entsprechende Entfernung der Gallenblase ohne anatomische Besonderheiten. Der Nachweis von Steinen ist nicht dokumentiert. Die pathologische Untersuchung bestätigt eine chronische Cholecystitis mit ausgedehnter Cholesteatose ohne Steinnachweis im Präparat. Der postoperative Verlauf bis zur Entlassung wird als unauffällig beschrieben.

Im weiteren Verlauf kam es zu mehrfachen Vorstellungen, unter anderem beim Hausarzt wegen verschiedenster Beschwerden, Diagnosen und Therapien (s.o.). Bei der Abklärung der dabei immer wieder beklagten Oberbauchbeschwerden wurde vom Hausarzt schließlich mehrfach „sonographisch eine weiterhin vorhandene Gallenblase mit Steinnachweis“ dokumentiert.

Im Rahmen einer Vorstellung im MVZ des Klinikums wurde zweieinhalb Jahre nach der Erst-OP wegen persistierender Beschwerden eine MRT-Untersuchung des Oberbauchs mit MRCP empfohlen, welches dann eine „blande Cholecystolithiasis im Bereich des Infundibulums bei vorhandener Gallenblase und keine Pathologien entlang des Ductus Choledochus“ ergab.

Die Patientin folgte der Empfehlung zur erneuten Operation. An einer anderen Klinik wurde mehr als drei Jahre nach der Erst-OP eine erneute laparoskopische Cholecystektomie durchgeführt. Der OP-Bericht beschreibt Verwachsungen des Omentum majus mit der Gallenblasenregion, jedoch keine wesentlichen Narbenbildungen oder andere Auffälligkeiten im Hinblick auf eine bereits vorausgegangene Gallenblasenoperation. Von der Pathologie wurde eine längs eröffnete Gallenblase mit chronischer Cholezystitis, keine Konkremente in der Gallenblase oder im Einsendegefäß beschrieben.

II. Antragsbegehren

Beklagt wird, dass die Entfernung der Gallenblase bei der Erst-OP durch den Antragsgegner fehlerhaft durchgeführt worden sei. Ein Jahr nach der Operation seien erneut kolikartige Schmerzen aufgetreten, der Hausarzt habe durch eine Ultraschallunter-

suchung festgestellt, „dass meine Gallenblase samt Gallenstein noch an Ort und Stelle ist“.

Als Gesundheitsschaden werden eine Heilungsverzögerung, Schmerzverlängerung mit starken Koliken, Krämpfen, Schlaflosigkeit und psychische Belastung und eine 2. Operation angegeben.

III. Beweisaufnahme und Beurteilung

Entgegen der Ansicht des externen Gutachters hat die Kommission einen Behandlungsfehler bei der streitgegenständlichen ersten Cholecystektomie verneint.

Aus den beigezogenen Unterlagen ließ sich nicht belastbar klären, warum nach der Erst-OP nicht frühzeitiger mit weiterführender Diagnostik (MRCP) und eventuell erneuter Operation bei entsprechendem Befund auf die Beschwerden der Patientin reagiert wurde. Nicht auszuschließen ist, dass die Dringlichkeit im Hinblick auf die multiplen Begleitprobleme auch von der Patientin selbst als relativ angesehen wurde.

Es handelte sich um den extrem seltenen Fall einer doppelt angelegten Gallenblase, wobei eine von beiden mit dem Stein für die klinische Symptomatik verantwortlich war. Eine fehlerhafte, letztlich nur Teil-Entfernung einer solitären Steingallenblase lag nicht vor, da nach beiden Operationen in der Pathologie eine komplette Gallenblase beschrieben wurde. Der extrem seltene Befund einer doppelt angelegten Gallenblase hätte aus der Sicht ex ante weder bei der präoperativen Diagnostik noch intraoperativ zwingend erkannt werden müssen.

Aus Sicht der Kommission besteht kein Grund, sowohl die präoperativen Befunde, wie auch den intraoperativen Befund anzuzweifeln und zur Sicherung eines extrem seltenen Befundes einer doppelten Gallenblase die intraoperative Diagnostik auszudehnen, z.B. durch Präparation bis zur Einmündung des Ductus Cysticus in den Hauptgallengang und/oder eine intraoperative Cholangiographie durchzuführen. Das Vorliegen eines Gallengangsteines hätte intraoperativ nur durch eine intraope-

rativen Cholangiographie bewiesen werden können. Bei dieser hätte zudem der Aufwand und das Risiko (Komplikationen, z.B. Verletzung des Ductus Choledochus) in keinem Verhältnis zum theoretischen Nutzen gestanden. Der Gang der Operation hätte nicht zwingend geändert werden müssen, da Gallengangsteine in der Regel auch direkt postoperativ mittels einer ERCP entfernt werden können.

In Zusammenschau der vorliegenden Dokumente handelt es sich im vorliegenden Fall nach medizinischer Wertung der Kommission um den extrem seltenen Fall einer doppelt angelegten Gallenblase.

Für die Annahme einer fälschlichen Teil-Entfernung einer Steingallenblase (so der Gutachter) bei der beklagten Erstoperation ergeben sich aus den vorliegenden Dokumenten (Sonographie, OP-Berichte, Bilddokumentation, Histologie, MRCP-Befund, Zweit-Operation) keine ausreichenden Belege.

Dieser extrem seltene Befund hätte aus der Sicht ex ante weder bei der präoperativen Diagnostik noch intraoperativ im Rahmen der Erstoperation zwingend erkannt werden müssen.

Auch im Unterlassen einer frühzeitigeren weiterführenden Diagnostik (MRCP) und eventuell einer erneuten Operation als Reaktion auf die Beschwerden der Patientin sah die Kommission keinen Behandlungsfehler. Das Absehen von einer ärztlichen Maßnahme ist zwar nicht erst dann behandlungsfehlerhaft, wenn die Maßnahme „zwingend“ geboten ist, sondern bereits dann, wenn ihr Unterbleiben dem im Zeitpunkt der Behandlung bestehenden medizinischen Standard zuwiderlief (§ 630a Abs. 2 BGB). Dieser Standard gibt Auskunft darüber, welches Verhalten von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt in der konkreten Behandlungssituation aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs im Zeitpunkt der Behandlung erwartet werden kann. Hierzu war wieder die extreme Seltenheit des Befundes zu berücksichtigen, an den im Rahmen der zu fordernden Diagnostik – auch im Hinblick auf die multiplen Begleitprobleme der Patientin – nicht vordringlich gedacht werden musste.



Auch eine Routineoperation, wie die laparoskopische Entfernung einer „Steingallenblase“ erfordert nicht nur die selbstverständliche ärztliche Sorgfalt, sondern auch deren Dokumentation mit allen wichtigen Schritten und Befunden einschließlich der Pathologie. Das Nichterkennen eines wie in diesem Fall extrem seltenen Befundes muss nicht immer als Behandlungsfehler gewertet werden



Muss ein funktionsloser Herzschrittmacher immer entfernt werden?

Trenkwald/Ramm

I. Sachverhalt:

Bei der 77-jährigen Patientin erfolgte im Rahmen eines stationären Aufenthaltes beim Antragsgegner (AG) im Januar eine Schrittmacher - (SM) Aggregatsverlagerung vor Bestrahlung der rechten Mamma bei Mamma-Karzinom und Zustand nach (Z.n.) Mamma-Resektion zwei Monate zuvor (bei Z. n. Implantation 2-Kammer-Schrittmacher zwei Jahre zuvor). Die postoperative SM-Kontrolle war regelrecht.

Im Mai erfolgte ein stationärer Aufenthalt beim AG bei Schwindel und Gangstörung, dabei Nachweis einer in den rechten Vorhof dislozierten rechtsventrikulären (RV) Sonde, ansonsten regelrechte SM-Funktion (im AAI-R-Modus).

Im September stellte sich die Patientin bei einem Kardiologen vor. Dieser nahm zur Beurteilung der dislozierten Ventrikelsonde und der OP-Fähigkeit Kontakt zum AG auf. Der AG teilte mit, dass die dislozierte RV-Sonde bisher keinen Schaden angerichtet habe und die Patientin bei nachweislich guter AV-Knoten-Funktion keine Kammerstimulation benötige. Außerdem wäre eine Sondenrevision bei der Patientin ein „recht komplizierter Eingriff“. Daher empfehle er, die Sonde funktionslos vor Ort zu belassen.

Im Verlauf folgte die Behandlung einer Coxarthrose in einer anderen Klinik, wo sie aufgrund der dislozierten Schrittmachersonde anästhesiologisch nicht für eine geplante Operation freigegeben wurde. In einem internistischen Konsil wurde ein „vollständig funktionsloser“ SM mit zwei dislozierten Sonden beschrieben. Die Patientin wurde zum AG verlegt. Der Oberarzt in der Rhythmologie des AG bestätigte den funktionslosen SM, sah aber auch keine aktuelle Indikation mehr für einen SM bei der Patientin. Diese wurde darauf wenige Tage später komplikationslos operiert (TEP Hüfte). Die Patientin wurde in eine Akutgeriatrie verlegt. Dort zeigte ein Langzeit-EKG einen stabilen Sinusrhyth-

mus und es erfolgte die Empfehlung zur SM-Entfernung nach Abschluss der Reha-Behandlung.

Im März des Folgejahres stellte sich die Patientin bei einer Kardiologin zur SM-Kontrolle vor. Es bestand ein weiterhin komplett funktionsloser SM. Die Kardiologin sah eine Gefährdung aufgrund der Vorgeschichte der Patientin und veranlasste eine Klinikeinweisung zur SM-Revision für die Folgeweche. Anderwärtig erfolgte die Explantation des rechtsseitigen Systems und die Implantation eines 2-Kammer-SM linksthorakal. Dieser Aufenthalt war von Komplikationen geprägt und dauerte mehrere Wochen, letztlich mit regulärer Funktion des SM.

II. Antragsbegehren

Der antragsstellende Sohn rügt die ärztliche Behandlung der Patientin durch den AG und stellt folgende Fragen: „Warum wurde der SM ohne Funktion so belassen? Warum meinte der AG, die Patientin brauche keinen SM? Warum habe man die Patientin monatelang mit dem Gefühl, einen defekten SM im Körper zu haben, allein gelassen? Warum habe die Patientin „gezwungener Maßen“ in eine andere Klinik gehen müssen? Als Gesundheitsschäden der Patientin werden Schwerkraft, Angst und Schlaflosigkeit geltend gemacht.“

III. Beweisaufnahme und Beurteilung

Der von der Gutachterstelle beauftragte externe Gutachter kommt ex-post zur Diagnose (ICD) einer mechanischen Komplikation eines kardialen elektronischen Geräts. Es handelt sich dabei um einen Zweikammer-Herzschrittmacher mit Funktionslosigkeit zwei Jahre nach Implantation, zuerst der Ventrikel-Elektrode und dann beider Elektroden fünf Monate später. Weitere fünf Monate

später wurden andernorts bei einem Revisionseingriff ein neuer SM implantiert und das funktionslose System explantiert.

Aus Sicht des Gutachters erfolgte die Behandlung der Patientin beim AG nach gültigem kardiologischen Standard und mit der gebotenen ärztlichen Sorgfalt. Der Gutachter räumt zwar ein, dass es bei diesem komplexen Fall keinen gültigen kardiologisch-rhythmologischen Standard gibt. So erfolgte bei der Patientin nach primärer SM-Neuimplantation zwei Jahre zuvor eine aufwendige Re-Operation mit Aggregatverlagerung in den Oberbauch aufgrund einer geplanten Strahlentherapie. Im Laufe des Jahres kam es dann zu einer Dislokation der beiden SM-Elektroden mit Funktionslosigkeit der RV-Elektrode und der Vorhofelektrode 5 Monate später.

In Übereinstimmung mit dem AG sieht der Gutachter nach dem dadurch erfolgten Funktionsverlust keine Indikation für einen SM und damit kein Fehlverhalten des AG. Der Gutachter begründet dies auch mit dem deutlich erhöhten Infektionsrisiko bei SM-Revisionseingriffen allgemein und speziell bei der multimorbiden Patientin unter Immunsuppression. Auch die Entscheidung, den funktionslosen SM zu belassen, sieht der Gutachter im Rahmen einer Nutzen-/Risikoabwägung als vertretbar an. Ebenso war es aus Sicht des Gutachters medizinisch zu rechtfertigen, die

Patientin mit einem funktionslosen SM für eine große Hüftoperation freizugeben. Zu diesem Zeitpunkt bestand keine Notwendigkeit für eine SM-Stimulation und damit letztlich auch keine SM-Indikation. Auch für eine Explantation des funktionslosen Schrittmachers bestand aus Sicht des Gutachters keine eindeutige Indikation. Ebenso wenig sah der Gutachter eine Indikation für die neue SM-Implantation. Die begründend angeführte Synkope war nämlich 2 Jahre zuvor bei vollkommen regelrechter SM-Funktion aufgetreten.

Der Gutachter kommt zum Ergebnis, dass eine fehlerhafte ärztliche Behandlung seitens des AG nicht vorliegt. Der AG hat sich auf Grund einer nachvollziehbaren Nutzen-/Risikoabwägung gegen eine SM-Revision entschieden. Letztlich gibt auch der dramatische Verlauf der Revisionsoperation der Entscheidung des AG recht.

Auch die Kommission sah keinen ärztlichen Behandlungsfehler des AG. Die Kommission sah beim AG allerdings ein Defizit bzw. einen Verbesserungsbedarf hinsichtlich der ärztlichen Kommunikation mit der Patientin und deren Familie. Es hätte sich gerade angesichts des komplexen Verlaufs und der häufigen SM-Kontrollen empfohlen, die Befunde nicht nur korrekt zu erheben, sondern auch adäquat zu kommunizieren.



Eine aus den Besonderheiten der konkreten Behandlungssituation heraus entfallende medizinische Indikation für einen prima facie naheliegenden Eingriff bedarf einer eingehenden Arzt-Patienten-Kommunikation, damit das Unterbleiben des Eingriffs für den Patienten und dessen Familie einsichtig wird.