



50 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen



50 Jahre Gutachterstelle
für Arzthaftungsfragen

1. BEITRAG:
EINFACHE 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 einer externen Gutachterstelle 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 6-8 Fällen.

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

Einfacher Behandlungsfehler

50 Jahre Gutachterstelle



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:

a. Scherer/Aubele

Fehlerhafte Gipsimmobilisation bei einem Kind. Nachweis der Kausalität von der Kommission entgegen Auffassung des Sachverständigen bejaht.

b. Ketterl/Fischer

Mangelhaftes postoperatives Management, Unterlassen eines internistischen Konsils.

c. Ketterl/Aubele

Unvollständige präoperative Diagnostik, nicht indizierter Eingriff.

d. Wilmes/Aubele

Keine konservative Vorbehandlung, keine Indikation zur Pansinus-Operation.

e. Kraus/Fischer

„Golden hour of sepsis“, Fehldiagnose, antibiotische Therapie unterlassen.

f. Günther/Karmasin/Pratschke/Fischer

Bei OP im Bauchraum zurückgelassener Fremdkörper (Tupfer).

g. Pratschke/Aubele

Fehlerhafte anästhesiologische Behandlung, fehlerhafte Atemwegssicherung bei OP, Verknennung einer erhöhten Aspirationsgefahr, defektes Laryngoskop.

Fehlerhafte Gipsimmobilisation bei einem Kind

Scherer/Fischer

Sachverhalt:

Die fünfjährige Antragstellerin (AS) erlitt eine komplette Unterschenkelfraktur. Am 2. Tag nach Trauma wurde eine Nagelosteosynthese durchgeführt. Bei der ambulanten Wiedervorstellung am 3. postoperativen Tag wegen Schmerzen am Fuß, Diagnose einer Druckstelle mit Rötung, neuerliche Polsterung und Wiederanlage derselben Gipsschiene, am 4. postoperativen Tag bei identischem Befund wieder Polsterung und Wiederanlage derselben Schiene.

Ambulante Kontrolle beim Hausarzt am 5., 8. und 10. postoperativen Tag, jeweils Dokumentation „Druckstelle an der Ferse“ ohne Änderung der Immobilisationstechnik, am 12. postoperativen Tag dann andernorts Diagnose einer 2 cm großen Hautnekrose an der Ferse, deren Abheilung 14 Wochen dauerte.

Antragsbegehren:

Durch das Anlegen eines zu wenig gepolsterten Gipsverbandes habe sich eine Nekrose an der Ferse entwickelt, Schmerzäußerungen seien nur mit Schmerzsaft behandelt worden, verzögerte Diagnosestellung der Nekrose.

Bewertung durch den externen Gutachter und die Kommission:

Entgegen der Wertung des externen Gutachters erfolgte die Gipsimmobilisation nach Meinung der Kommission fehlerhaft und besteht unzweifelhaft eine Kausalität zwischen der Gipsschienen-Anlage und der Druckstelle im Bereich der Ferse. Sie wird am 5. postoperativen Tag im Ambulanzbefund auch genauso verbalisiert.

Jede Gipsimmobilisation, die bei einem sonst gesunden Kind, also ohne Grunderkrankungen wie Kollagenose, Diabetes, Gefäßmissbildungen, Hauterkrankungen etc, eine behandlungsbedürftige Druckstelle (Vollschicht-Hautnekrose) erzeugt, ist als

behandlungsfehlerhaft zu werten, unabhängig vom Zeitpunkt der Manifestation „stationär“ oder „ambulant“. Die Erstdiagnose einer Druckstelle mit Rötung impliziert eine Änderung der Behandlungsstrategie, durch die diese Druckstelle entstanden ist. Die Polsterung und Wiederanlage der gleichen Schiene, die diesen Schaden verursacht hat, ist ebenfalls als behandlungsfehlerhaft zu werten. Die Kausalität zwischen der Gipsschienen-Anlage und einer Druckstelle im Bereich der Ferse wurde durch die Kommission zweifelsfrei bejaht.

Es liegt lediglich ein einfacher Behandlungsfehler vor, da der behandelnde Arzt den anerkannten und gesicherten Behandlungsstandard der medizinischen Wissenschaft zwar vorwerfbar missachtet hat, dies aber nicht so gravierend ist, dass es einem ordnungsgemäß arbeitenden Facharzt schlechterdings nicht hätte unterlaufen dürfen.



**Der Patient im Gips hat immer recht –
Schmerzen im Gips bedingen eine
Neuanfertigung**



Mangelhaftes postoperatives Management, Kommunikationsprobleme Belegarzt-Belegklinik-Patient

Ketterl/Fischer

Sachverhalt:

Beim Antragsteller (AS) wurde eine Kniegelenks-Totalendoprothese implantiert. Am 1. postoperativen Tag Sturz bei der Mobilisation ohne erkennbare Traumafolge. Am 7. postoperativen Tag Dokumentation einer passageren Vigilanzminderung. Am 8. postoperativen Tag wurde bei leicht geröteter und überwärmter Wunde eine Antibiose begonnen. Laboruntersuchungen erfolgten am 1., 8. und 9. postoperativen Tag mit Nachweis steigender CRP- und Nierenwerte. Bei der Visite am 9. postoperativen Tag bestanden bei dem AS unklare diffuse abdominelle Schmerzen. Im Entlassungsbrief am 10. postoperativen Tag wurde ein regelrechter Abdomenbefund und eine lokale Rötung am linken Knie aufgeführt. Hinweise bezüglich der erhöhten Retentionswerte und Kontrollen hinsichtlich der weiteren Medikation fehlten.

Am 11. postoperativen Tag (24.12.) Hausbesuch durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst: Es zeigte sich ein aufgeblähtes Abdomen mit fraglicher Abwehrspannung, die Peristaltik war träge und eine stationäre Abklärung wurde empfohlen aber nicht durchgeführt. Am 14. postoperativen Tag Entfernen der Hautklammern durch den Hausarzt (Hausbesuch) bei reizloser Kniegelenkswunde.

Am 15. postoperativen Tag Einlieferung des AS durch den Rettungsdienst bei unklarer Vigilanzminderung und Übernahme auf die internistische Intensivstation bei akutem dialysepflichtigen Nierenversagen postrenaler Genese mit konsekutiver Hyperkaliämie und Urämie. Das Blutbild bei Aufnahme ergab eine Trizytopenie mit führender Leukopenie. Es wurde am ehesten von einem toxischen Knochenmarkschaden bei Methotrexat-Akkumulation (wurde zur Rheumatherapie bereits vor der TEP-Implantation

eingesetzt) und akutem Nierenversagen bei prolongierter NSAR-Einnahme ausgegangen. Ferner bestand laborchemisch der Hinweis auf einen fulminanten Infekt. Im Verlauf zeigte sich das Bild eines hyperaktiven Delirs. Nach zunächst deutlicher klinischer Besserung kam es zu einem multifokalen, bihemisphärischen apoplektischen Insult, am ehesten kardio-embolischer Genese (dopplersonographisch) Nachweis einer höhergradigen Arteria carotis interna-Stenose rechts, sowie geringeren Ausmaß links. Nach intensivmedizinischer Betreuung konnte ein stabiler Allgemeinzustand erreicht werden.

Antragsbegehren:

Die Angehörigen seien weder über etwaige Vorkommnisse während der Operation noch über die anschließende geistige Verwirrung des AS informiert worden. Konsequenz sei der immer schlechter werdende Gesundheitszustand, trotz mehrfacher täglicher Klage des AS über massive Bauchschmerzen, akute Schulterschmerzen, Schluckbeschwerden, zunehmende Atembeschwerden und Blockade des Urinierens, ignoriert worden. Es seien keine Untersuchung und keine Prüfung der Beschwerden des AS erfolgt. Die akuten Bauchschmerzen seien als Verstopfung fehldiagnostiziert worden und ihm seien starke Schmerz- und Beruhigungsmittel gegeben worden. Trotz der geistigen Verwirrung des AS sei diesem die Selbstmedikation ohne jegliche Aufsicht und Unterstützung überlassen worden. Das habe unter Umständen zur Selbstvergiftung des AS durch MTX geführt.

Als Gesundheitsschaden durch die aus Sicht des AS fehlerhafte Behandlung werden folgende Punkte aufgeführt: Nierenversagen,

Kammerflimmern des Herzens, massive Entzündung des Hals-Rachenraums, Erstickungsgefahr, kleine Infarkte in beiden Gehirn-Hemisphären und Vergiftung des Knochenmarks.

Beweisaufnahme und Beurteilung:

Die lokalen Maßnahmen in Bezug auf das Kniegelenk und die sich daran anschließende Mobilisierung wurden lege artis verordnet und unter Berücksichtigung des postoperativen Zeitfensters korrekt angewandt. Abweichungen vom fachärztlichen und pflegerischen Standard zeigten sich in der Erfassung und Würdigung der abdominalen Symptomatik sowie des klinischen Verlaufes.

Auf dem Boden des unklaren abdominellen Befundes und der nur partiell gewürdigten Laborbefunde (erhöhter CRP-Wert, hochpathologische und steigende Nierenretentionswerte) hätte die Entlassung nicht durchgeführt werden dürfen. Die zwingende Konsequenz hieraus wäre nicht nur eine Anpassung der Medikation (MTX, NSAR, Cefuroxim), sondern vor allem ein internistisches Konsil gewesen, aus dem sich mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit direkte internistische Behandlungskonsequenzen ergeben hätten.

Zusätzlich fehlte im Entlassungsbrief jede Information zum klinischen Verlauf abseits des Kniegelenkes, zum Beispiel wie lange und warum die Antibiotikabehandlung mit Cefuroxim anzuwenden sei und wie mit den erhöhten Nierenwerten verfahren werden sollte. Es ergibt sich somit eine Abweichung von der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt.

In der Gesamtschau zeigt sich im Wesentlichen ein Problem des peri- und postoperativen Managements und ein Organisationsversagen zwischen Belegarzt und Belegklinik. Die reine orthopädisch-chirurgische Maßnahme stand dabei im Vordergrund, „fachfremde“ Befunde wurden nicht ausreichend dokumentiert, die erhobenen Befunde nicht mit therapeutischen Konsequenzen beantwortet. Es wurde daher ein einfacher Behandlungsfehler, der ursächlich für die erlittenen Gesundheitsschäden war, bejaht.



Nicht nur die durchgeführte Operation kontrollieren und bewerten. Berücksichtigung fachfremder Beeinträchtigungen ggf. mit Veranlassung einer Konsiliaruntersuchung.

Schaffung eindeutiger Organisationsstrukturen (Kommunikation) bei belegärztlicher Tätigkeit.

Im Arztbrief umfassende Dokumentation und klare Anweisungen für Weiterbehandlung.



Unvollständige präoperative Diagnostik, nicht indizierter Eingriff

Ketterl/Aubele

Sachverhalt:

Die Antragstellerin (AS) befand sich bereits seit 2 Monaten wegen einer chronischen Lumbago, Spondylolyse LWK 5 beidseits, ISG-Syndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung rechts, chronischer Schmerzstörung Stadium II nach Gerbershagen mit somatischen und psychischen Faktoren und mäßiger depressiver Überlagerung in ambulanter Behandlung beim Antragsgegner (AG), als sie sich mit einer neu aufgetretenen, vornehmlich rechtsseitigen Schmerzsymptomatik mit Ausstrahlung in den dorsalen Ober- u. Unterschenkel bis in die Zehen beim AG vorstellte. Der AG diagnostizierte eine Lumboischialgie im Dermatome S1 rechts, die MRT-Untersuchung zeigte eine geringe Bandscheibenherniation in Höhe L 4/L 5 und L 5/S 1. Zehn Tage später Beschwerdezunahme mit Hypästhesie von Wade und Zehen sowie einer Fußheberparese rechts. Daraufhin wurde die Indikation zur Operation gestellt. Nach weiteren 3 Tagen nahm der AG eine Hemilaminektomie L5 rechts mit mikrochirurgischer Dekompression und Neurolyse L4/L5 und L5/S1 vor. Postoperativ zeigte sich eine rückläufige Schmerzsymptomatik bei anhaltender Hypästhesie/Fußheberschwäche rechts.

Bei einer ambulanten Nachsorge beim AG klagte die AS am 22. postoperativen Tag über eine Schmerzzunahme sowie über Übelkeit/Erbrechen seit dem Vortag. Hospitalisation zwei Tage darauf unter der Diagnose einer bakteriellen Meningitis mit delirantem Syndrom. In der Bildgebung wurde ein Serom entlang des Zugangswegs zum Spinalkanal - entsprechend einer lumbalen Liquorfistel dargestellt. Zusätzlich Nachweis von *Escherichia coli* in der Liquorpunktion. Deshalb Verlegung zu einem Maximalversorger, bei dem eine mehrzeitige Sanierung erfolgte.

Antragsbegehren:

Gerügt wird die Operation. Die AS wirft dem AG vor, dass es aufgrund mangelnder Hygiene bei der Operation zu einer In-

fektion mit Kolibakterien und mit anschließender Gehirnhautentzündung gekommen sei, die mehrere operative Eingriffe erforderlich machte.

Beweisaufnahme und Beurteilung:

Die präoperative MRT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule zeigte Einrisse des Anulus fibrosus der Bandscheiben LWK 4/5 sowie LWK 5/SWK 1 mit geringer median gelegener Protrusion von Bandscheibenmaterial - also keinen Prolaps - ohne einengende oder kompromittierende Wirkung auf die nervalen Strukturen. Es zeigte sich weder eine signifikante Einengung des zentralen Spinalkanals noch der Rezessus oder der Foramina durch Bandscheibengewebe. Für den Gutachter war ein Bandscheibenvorfall im Bereich der abgebildeten Segmente der LWS nicht nachweisbar. Es bestand in der Bildgebung kein morphologisches Korrelat für die geklagten Beschwerden.

Nachdem gemäß der MRT-Untersuchung der LWS eine Kompression von nervalen Strukturen in den beiden Segmenten L4/5 und L5/S1 auszuschließen war, hätte die Indikation zu einer erweiterten Diagnostik z.B. zum Ausschluss rheumatischer Ursachen oder peripherer Kompressionssyndrome wie beispielsweise des Nervus peroneus unterhalb des Fibulaköpfchens oder des Tarsaltunnels, oder von Initialsymptomen einer Enzephalitis disseminata bzw. Borreliose durch entsprechende neurologische und Labor-Untersuchungen bestanden. Konservative präoperative therapeutische Maßnahmen wie epidurale Filtrationen oder eine fachneurologische Untersuchung wurden ebenfalls nicht durchgeführt. Die präoperative Diagnostik zur Abklärung der Schmerzursachen und der neurologischen Ausfälle war somit als unvollständig zu beurteilen.



Die Infektion und die Ausbildung einer Liquorfistel stellten die Realisation einer aufgeklärten Komplikation dar und waren per se nicht fehlerhaft. Hygienemängel konnten nicht festgestellt werden. Für den Gutachter bestand aber in Kenntnis der MRT-Untersuchung und der bekannten präoperativen Diagnosen mit Nachweis einer chronischen Schmerzstörung Gerbershagen II und mäßiger depressiver Überlagerung keine Indikation für einen operativen Eingriff.

Dieser schlüssigen Beurteilung schließt sich die ärztlich/juristische Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen nach eigenem Studium der Patientenunterlagen an und nimmt einen einfachen Behandlungsfehler an.

Grundsätzlich ist hier anfänglich von einem Diagnosefehler auszugehen. Es wurden zwar weitere Befunde in der präoperativen Diagnostik zur Abklärung der Schmerzursachen und der neu-

rologischen Ausfälle nicht erhoben, dies aber, weil die bis dahin erhobenen Befunde falsch interpretiert wurden und deshalb zu einer vorschnellen Diagnose mit Operationsindikation geführt haben. Dieser Diagnosefehler ist kein grober Behandlungsfehler (§ 630 Abs. 5 Satz 1 BGB), da der Irrtum nicht fundamental ist. Dies wäre nur ein aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheinender Irrtum. Jedoch hat diese falsche (Zwischen) Diagnose den AG dazu verleitet, weitere Befunderhebungen zu unterlassen, so dass im weiteren Verlauf auch ein Befunderhebungsfehler vorliegt, der allerdings ebenfalls nicht als grober (§ 630h Abs. 5 Satz 2 BGB) zu qualifizieren ist, da in dessen Folge keine Maßnahmen grob fehlerhaft unterlassen wurden.



Die Indikation zu einer Operation bedarf gesicherter Befunde, die ein eindeutiges Korrelat für die vorhandenen Symptome darstellen. Eine umfassende präoperative Diagnostik ist erforderlich. Konservative Maßnahmen müssen vorab ausgeschöpft werden.



Pansinus OP ohne Indikation

Wilmes/Aubele

I. Sachverhalt:

Die 28-jährige Antragstellerin klagte über rezidivierende Cephalgien und einen „Postnasal Drip“. Die Computertomographie der Nasennebenhöhlen war unauffällig und ohne Anhalt für pathologisch veränderte Schleimhäute.

Operativ erfolgte eine komplette Ethmoidektomie (Siebbeinoperation) beiderseits.

Postoperativ trat eine verstärkte wässrige Rhinorrhoe auf. Es wurde Liquor nachgewiesen.

II. Antragsbegehren:

Die Antragstellerin rügt die operative Behandlung durch den Antragsgegner, diese habe zu einer anhaltenden Liquorrhoe mit postoperativen Kopfschmerzen und epileptischen Anfällen geführt. Die OP sei nicht indiziert gewesen.

III. Gutachten:

Der externe Sachverständige geht nicht auf die Indikation ein. Bezüglich der postoperativen Liquorrhoe wird ein ärztlicher Behandlungsfehler verneint. Die Operation sei lege artis verlaufen.

IV. Medizinische Beurteilung

Die Indikation zur Nasennebenhöhlen-OP mit Ethmoidektomie beiderseits ist bei einer normalen Computertomographie nicht nachvollziehbar. Hier wurden keine Entzündungszeichen dargestellt. Damit spricht die CT gegen eine entzündliche Reaktion der Schleimhäute. Damit liegt keine Indikation für den Eingriff vor.

V. Rechtliche Beurteilung

Ein ohne entsprechende Indikation vorgenommener Eingriff ist grundsätzlich allein bereits aus diesem Grund, auch soweit er lege artis vorgenommen wurde, ein Behandlungsfehler, es sei denn es handelt sich um einen sogenannten Wunscheingriff. Ein solcher ist gegeben, wenn der Patient nach Aufklärung über eine fehlende oder zumindest zweifelhafte Indikation den Eingriff ausdrücklich wünscht.



Der Entschluss zu einem chirurgischen Eingriff ist immer einem kritischen Urteil zu unterwerfen, wobei die wichtigste Grundlage zur Indikation die richtige Diagnose ist“ (Georg Heberer).



Fehlerhafte Diagnose und Behandlung eines Patienten mit schwerer bakterieller Sepsis nach Splenektomie (OPSI-Syndrom)

Kraus/Fischer

Sachverhalt:

Der Antragsteller (AS) stellte sich mit Fieber bis 40 Grad, wässrigen Durchfällen und Erbrechen seit dem Morgen in der Notaufnahme einer Klinik vor. Anamnestisch sei es unmittelbar vorher zu einer bläulichen Verfärbung der Haut gekommen. Der AS gab neben epigastrischen Schmerzen an, eine Warnung vor dem Trinken des Leitungswassers an seinem Wohnort nicht befolgt zu haben. An Vordiagnosen war u.a. ein Z. n. Splenektomie (nach Verkehrsunfall) bekannt.

Bei der klinischen Untersuchung wurden u.a. multiple Petechien und Ekchymosen ubiquitär, v.a. an Gesicht u. Abdomen, festgestellt.

Es wurden Blutkulturen abgenommen und eine CT-Untersuchung von Thorax u. Abdomen veranlasst. Diese ergab bei unauffälligem thorakalem Befund u.a. einen Aszites im Gallenblasenbett. Es wurde ein V. a. ein inkomplettes hämolytisch-urämisches Syndrom i.R. einer akuten Gastroenteritis diagnostiziert. Weiterhin wurden laborchemisch u.a. ein akutes Nierenversagen, eine Hyperkaliämie und ein Lebersversagen festgestellt. Ein „nachgemeldeter“ Procalcitonin-Wert war im Verlauf des Abends deutlich erhöht.

Noch in der Notaufnahme versuchte der Dienstarzt den AS in ein anderes Krankenhaus mit Dialysemöglichkeit zu verlegen - ohne Erfolg. Anschließend wurde der AS auf die Intensivstation aufgenommen. Dort war er kaltschweißig, hypoton und tachykard. Bei respiratorischer Erschöpfung erfolgte eine nicht-invasive Beatmung.

Im Verlauf der Nacht wurde der AS bei zunehmender Verschlechterung in eine Universitätsklinik verlegt.

Die Blutkulturen ergaben nachfolgend Streptokokkus pneumoniae als Keim.

Dort wurden die Diagnosen septischer Schock mit Multiorganversagen (Postsplenektomiesyndrom), ein akutes Lebersversagen mit plasmatischer Gerinnungsstörung, eine disseminierte intravasale Gerinnung, eine akute Niereninsuffizienz 3, eine Laktatazidose, eine Mikrozirkulationsstörung (an allen Extremitäten, Nase u. Penis) mit Demarkierung ischämischer Areale an den Fingern und an den Zehen beidseits, eine akute respiratorische Insuffizienz, eine Critical Illness-Polyneuropathie, eine Rhabdomyolyse, Begleitpankreatitis, paralytischer Ileus und V. a. kleinen Thrombus der V. iliaca externa rechts gestellt.

Es erfolgte neben der intensivmedizinischen Behandlung mit sofortiger breiter Antibiotikatherapie eine operative Versorgung der Hände mit Teilamputation mehrerer Finger sowie beider Unterschenkel.

Antragsbegehren

Der AS beklagt, dass die Klinik fehlerhaft ein hämolytisch-urämisches Syndrom diagnostiziert und eine Sepsis - trotz dafürsprechender Laborwerte und einer typischen Klinik nicht erkannt habe. Infolgedessen sei ihm primär auch kein Antibiotikum verabreicht worden. Als Gesundheitsschaden gibt der AS einen

septischen Schock mit Multiorganversagen sowie notwendige Amputationen beider Unterschenkel und mehrerer Finger an beiden Händen an.

Bewertung durch den externen internistischen Gutachter und die Kommission

Der Gutachter kommt zum Schluss, dass die primäre Diagnostik bei dem Patienten nach gültigem internistischen Standard erfolgte. Ebenso wurde die Indikation für eine intensivmedizinische Überwachung richtig gestellt. Nicht nach gültigem internistischen Standard erfolgte die Therapie des AS, die hier zwingend eine antibiotische Therapie im Sinne des Managements einer Postsplenektomie-Sepsis fordert. Bei Asplenie-Patienten (ohne Milz) mit unklarem Fieber und Allgemeinsymptomen ist eine frühe empirische Antibiotikagabe essenziell. Dies erfolgte weder in der Initialphase noch während des weiteren Aufenthalts in der primär versorgenden Klinik. Erst im Rahmen der Aufnahme der weiterversorgenden Universitätsklinik erfolgte eine sofortige Antibiotikatherapie.

Hinsichtlich der speziellen Situation der Diagnosestellung beziehungsweise der Verdachtsdiagnose eines inkompletten hämolytisch-urämischen Syndroms vs. bakterieller Sepsis mit Schock bei bekanntem Zustand nach Splenektomie und im weiteren Verlauf Multiorganversagen führt der Gutachter aus, ein hämolytisch-urämisches Syndrom setze sich aus 3 Komponenten zusammen. Hierzu gehören die Blutarmut bei Hämolyse, eine Thrombopenie mit Thrombozyten häufig unter 60.000 sowie erhöhte Nierenretentionswerte bis hin zum akuten Nierenversagen. Zudem kommt es häufig zu einer metabolischen Azidose und einer Hyperkaliämie. Als ursächlich tritt ein hämolytisch-urämisches Syndrom postinfektios nach einer Gastroenteritis mit shigatoxinbildenden Keimen auf. Die häufigsten Erreger sind hierbei EHEC welche durch ein verunreinigtes Trinkwasser aufgenommen werden können. Die Diagnosestellung eines inkompletten hämolytisch-urämischen Syndroms basierte auf der Anamnese des Patienten, Trinkwasser trotz Abkochverordnung des Wasserversorgers bei bakterieller Verunreinigung oh-

ne Abkochen getrunken zu haben und dass er seit dem Morgen an wässrigen Durchfällen zu leide. Die beiden Kriterien erhöhte Nierenretentionswerte und erniedrigte Thrombozytenzahlen lagen vor. Ebenso war eine metabolische Azidose (Übersäuerung) nachweisbar. Eine Anämie (Blutarmut) lag nicht vor, bei gleichzeitig erhöhtem direkten und indirekten Bilirubin war das Bild einer Hämolyse nicht vorliegend.

Somit fasst der Gutachter zusammen, dass zwar die Symptomkonstellation prinzipiell zu einem inkompletten hämolytisch-urämischen Syndrom hätte passen können. Da aber das Auftreten der Durchfallsymptome am selben Tag bestand, hätte ein hämolytisch-urämischer Syndrom gar nicht vorliegen können. Hier liegt der zeitliche Abstand in der Regel bei 5-12 Tagen nach Beginn der Durchfallsymptomatik. Somit handelt es sich hier um eine Fehldiagnose. Zudem ist auch die Argumentation bezüglich der Gefahr einer Toxininduktion durch Antibiotika nicht zu halten, da Betalaktam-Antibiotika in der Leitlinie als Behandlungsmöglichkeit bei kritischem Allgemeinzustand angegeben werden. Somit bleibt hier aufgrund der Gesamtkonstellation nach Angaben des Gutachters primär ein infektiöses Geschehen im Sinne einer Sepsis mit zunehmenden Organversagen als Diagnose, was auch ohne Kenntnis der Blutkulturergebnisse und zumal bei Vorliegen eines Patienten nach Milzentfernung einer antibiotischen Therapie bedurft hätte. Es liegt eine fehlerhafte ärztliche Behandlung in der beschuldigten Klinik vor.

Dieser schlüssigen Bewertung des Gutachters schließt sich die ärztlich/juristische Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen nach eigenem Studium der Behandlungsunterlagen und der gutachterlichen Ausführungen in ihrem abschließenden Votum vollinhaltlich an und bejaht wegen der Fehleinschätzungen und nicht erfolgten Therapiemaßnahmen einen (einfachen) Behandlungsfehler. Inwieweit der geltend gemachte Gesundheitsschaden durch eine frühzeitigere Antibiotikagabe sicher hätte verhindert werden können, ließ sich aber nicht eindeutig feststellen, wenngleich ein anders gearteter weiterer Verlauf bei frühzeitiger Diagnosestellung und sofortiger antibiotischer Therapie als sehr wahrscheinlich erschien.



Bei jedem primär unklaren Krankheitsbild muss an die Möglichkeit einer Sepsis gedacht werden. Eine zwingend erforderliche und in der Leitlinie eindeutig festgelegte antibiotische Therapie muss im Sinne der „Golden Hour of Sepsis“ (Antibiotikagabe innerhalb einer Stunde bei V.a. Sepsis nach Eintreffen in der Notaufnahme) insbesondere bei einem splenektomierten Patienten erfolgen.

Persistierende Wundheilungsstörung nach zurückgelassenem Tupfer im Abdomen

Pratschke/Fischer

Sachverhalt

Bei dem 65-jährigen Antragsteller (AS) war es infolge einer offenen Rektosigmoidresektion zu einer Narbenhernie gekommen, als er 16 Monate später einer offenen Herniotomie mit Netzimplantation durch den beschuldigten Antragsgegner (AG) unterzogen wurde. Im postoperativen Verlauf kam es zu einer persistierenden Fistelbildung im Narbenbereich, was 4 Monate nach der Netzimplantation zu einer operativen Revision an einer anderen Klinik führte. Dabei fand sich im Rahmen einer Fistelexzision eine Wundkompressen zwischen Omentum majus und dem Kunststoffnetz, weshalb Kompressen und infiziertes Implantat entfernt mussten.

Antragsbegehren

Der AS wirft dem AG vor, bei der Hernienoperation einen Tupfer im Abdomen zurückgelassen zu haben, der zu einer Infektion des implantierten Kunststoffnetzes geführt habe. Dies habe zu einer langwierigen Wundbehandlung, einer Revisionsoperation und der drohenden Entwicklung einer Rezidivhernie geführt.

Bewertung durch den chirurgischen Gutachter und die Kommission

Der externe Gutachter bestätigt anhand der ihm vorliegenden Unterlagen die Indikation zur Operation des Narbenbruchs 6 Monate nach Laparotomie wegen eines Sigmakarzinoms, die dem Standard entsprechende Aufklärung des AS sowie die Wahl des Operationsverfahrens und die korrekte Durchführung des Eingriffs. Trotz Einhaltung aller aktuellen Hygienevorschriften, so der Gutachter, käme es in 1-3% aller operativen Eingriffe zu Wundheilungsstörungen, wobei die zu erwartende Rate bei Verwendung von Kunststoffimplantaten noch höher liege. Der Gutachter ordnet

den vorgefundenen Tupfer dem AG aufgrund des intraoperativen Situs bei der Revisionsoperation anderenorts zu. Andernfalls hätte dem AG bei seinem Hernieneingriff eine allerdings von ihm nicht beschriebene, der Tumoroperation zuzuschreibende Fremdkörperreaktion auffallen müssen. Eine institutionalisierte Zählkontrolle der Tupfer und Kompressen vor Verschluss des Abdomens hatte laut vorliegendem Formular die vom OP-Personal und vom AG gegengezeichnete Vollständigkeit ergeben. Aus Sicht des Gutachters liegt eine fehlerhafte Behandlung des Antragsgegners durch das Zurücklassen des Tupfers vor, der zu einer Revisionsoperation wegen einer nicht heilenden Wunde geführt hat.

Übereinstimmend mit dem Gutachter kommt die medizinisch /juristische Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen nach eigenem Studium der Patientenunterlagen und der gutachterlichen Ausführungen zu der abschließenden Auffassung, dass eine fehlerhafte ärztliche Behandlung durch den AG vorliegt. Durch den (versehentlich) zurückgelassenen Tupfer ist es zu einer Wundheilungsstörung gekommen, die nicht nur die Entfernung des Tupfers sondern auch die Entfernung des infizierten Netzes unumgänglich machte. Dadurch ist zukünftig auch ein Narbenhernienrezidiv zu erwarten.

Im Hinblick darauf, dass in der Klinik eine Zählkontrolle der verwendeten Kompressen institutionalisiert war und das Formular der Zählung von Operationspersonal und Operateur gegengezeichnet war, wird lediglich ein einfacher Behandlungsfehler angenommen. Auf eine Beweislastumkehr im Hinblick auf einen möglichen groben Behandlungsfehler (§ 630h Abs. 5 S. 1 BGB), kam es im Ergebnis nicht an, da die Kommission die Kausalität des Behandlungsfehlers für die geltend gemachten Gesundheitsschäden ohnehin bejaht hat.



Zählkontrollen zur prä- und postoperativen Vollständigkeit von Instrumenten und Material sind keine Schikanen, sondern dienen der Patientensicherheit und haben haftungsrechtliche Konsequenzen.

Aspiration in Kurznarkose mit Folgen durch Fehleinschätzung des Aspirationsrisikos

Pratschke/Aubele

Sachverhalt:

Fünf Wochen nach Erstdiagnose einer Colitis ulcerosa und konservativer Anbehandlung kommt es beim 59-jährigen Patienten zu einem akuten Abdomen und einer Notfalllaparotomie in der beschuldigten Klinik. Dabei zeigten sich multiple Kolonperforationen mit einer Vier-Quadranten-Peritonitis, was zu einer subtotalen Kolektomie mit Blindverschluss des Rektums und Anlage eines endständigen Ileostomas führte. Nach klinischer Verschlechterung 2 Tage später erfolgte eine Revisionsoperation mit Nachweis einer Insuffizienz des Rektumstumpfes, die mit einer transanal Anlage eines Vacuum-Systems (Endosponge) behandelt wurde. Weitere 2 Tage später sollte der erste, der in 2-tägigen Abständen geplanten Endospongewechsel, wegen der Schmerzhaftigkeit in Kurznarkose erfolgen. Während der Maskennarkose kam es zur Aspiration, zum Herzstillstand und zur prolongierten Reanimation. Die Intubation gestaltete sich unter anderem durch ein nicht vorbereitetes Videolaryngoskop komplikationsbehaftet. Nach erfolgreicher Reanimation und Nachbeatmung auf der Intensivstation blieb der Patient nach dem Weaning (Abtrainieren von der Beatmung) nicht kontaktfähig, im CT zeigte sich eine hypoxische Hirnschädigung. Der Patient verstarb 6 Wochen nach der Aspiration nach Einstellung der Therapiemaßnahmen in konsensueller Abstimmung mit den Angehörigen.

Antragsbegehren:

War die Aspiration vermeidbar und war diese ggf. verantwortlich für den zum Tode führenden Verlauf?

Bewertung durch den externen anästhesiologischen Gutachter und die Kommission:

Der Gutachter sieht die Indikation zu einer Allgemeinnarkose aufgrund der zu erwartenden Schmerzen beim Endospongewechsel und nicht zu beanstandender vorliegender Aufklärung des Patienten grundsätzlich für gegeben an. Aber auch aus der Sicht ex ante lagen für

ihn keine sichere Nüchternheit sowie ein erhöhtes Aspirationsrisiko des Patienten vor (fragliche Nüchternkarenz, liegende Ernährungs-sonde als Leitschiene für möglichen Reflux, erschwerte Intubation bei der OP 2 Tage zuvor, Steinschnittlagerung mit erhöhtem Druck auf das Abdomen). Deshalb war im aktuellen Fall die Maskennarkose für den Gutachter kontraindiziert, auch wenn bei einer Intubationsnarkose nicht immer eine Aspiration verhindert werden kann.

Die Fehleinschätzung des Aspirationsrisikos und das nicht ein-satzbereite Videolaryngoskop bezeichnet der Gutachter als fehlerhafte ärztliche Behandlung in der beschuldigten Klinik mit Kausalität für den bedauerlichen Verlauf. Dieser schlüssigen Bewertung schließt sich die ärztlich/juristische Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen nach eigenem Studium der Behandlungsunterlagen und der gutachterlichen Ausführungen in ihrem abschließenden Votum vollinhaltlich an und bejaht einen Behandlungsfehler, aber keinen groben Behandlungsfehler (§ 630h Abs. 5 Satz 1 BGB). Ein grober Behandlungsfehler liegt nach ständiger Rechtsprechung vor, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstößt und einen Fehler begeht, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Auch wenn diverse Risikofaktoren im Rahmen der Anästhesie keine hinreichende Berücksichtigung fanden, war die Wahl der Maskennarkose aus objektiver Sicht nicht völlig unverständlich, da auch bei einer Intubationsnarkose eine Aspiration unter den gegebenen Umständen nicht völlig auszuschließen gewesen wäre. Eine abschließende Bewertung hierzu kann zudem unterbleiben, da die Kausalität der Fehlbehandlung für den bedauerlichen Verlauf feststeht.

Die obligate präoperative interdisziplinäre Besprechung einer geplanten Operation im Rahmen einer Besprechung des Operationsprogrammes mit allen (!) am Eingriff Beteiligten senkt das perioperative Risiko für den Patienten.

