

Fortsetzung der Dokumentation Vertuschungsgutachten nach chirurgischen Kunst- und Behandlungsfehlern

Fall 6

Eine 17 Jahre junge Frau erkrankt an einer durch Viren bedingten Gehirn- und Gehirnhautentzündung (Lateinisch: virale Meningoencephalitis). Trotz intensiv-medizinischer Behandlung in einer neurologischen Universitätsklinik verfällt sie in ein sogenanntes Wachkoma. Sie ist nicht mehr ansprechbar und muss zwischenzeitlich wegen Lungenkomplikationen beatmet und über eine Magensonde ernährt werden. Immer wieder treten Krampfanfälle und Unruhezustände auf, sodass beruhigend wirkende Medikamente verabreicht werden müssen; bei akuten Anfällen auch direkt in die Blutbahn. Bei einem solchen Unruhezustand wurden von einem Arzt versehentlich 2 Ampullen Promethazin (Atosil) in der rechten Ellenbeuge in die Arterie gespritzt, obwohl die Herstellerfirma ausdrücklich in dem Beipackzettel vor einer intraarteriellen Injektion warnt, da bekannt ist, dass dieses Medikament schwere Gefässschäden verursacht, sodass sogar eine Amputation der Extremität die Folge sein kann. Genau diese Komplikation tritt bei der Patientin ein. Der rechte Arm muss amputiert werden. Obwohl es bei der Patientin in der Folgezeit auch noch zu einem Kreislaufstillstand und Lungenkomplikationen kommt, erholt sich die Patientin soweit, dass nach 3-monatiger Behandlung die Verlegung auf eine neurologische Normalstation erfolgen kann. Aus der Literatur ist bekannt, dass Patienten noch nach längerer Zeit aus einem Wachkoma wieder aufwachen und genesen können.

Mit Recht verklagen die Angehörigen den betreffenden Arzt und fordern Schadenersatz für den Verlust des rechten Armes ihrer Tochter.

Dass die Amputation infolge der versehentlichen Atosifinjektion in die Arterie erfolgte, wird in den folgenden Prozessen nicht bestritten.

Folgende Argumente werden von dem Gerichtsgutachter zur Entlastung des Arztes angeführt:

Erstens: Es habe ein akuter Unruhezustand bestanden, der eine sofortige Gabe des Beruhigungsmittels Atosil in die Blutbahn erforderte.

Zweitens: An den üblichen Stellen sei eine Vene zur Injektion nicht auffindbar gewesen, sodass ein Zugang in der rechten Ellenbeuge versucht wurde. Hier konnte ein Gefäss punktiert werden, sodass das Medikament gespritzt werden konnte.

Der Gutachter meint, dass es für den Arzt nicht zu erkennen gewesen sei, dass er eine Arterie punktiert hatte, da das Blut nicht hellrot sondern recht dunkel gewesen sei. Die Zeit, um eine Blutgasanalyse zu machen, sei wegen des akuten Unruhezustandes nicht gewesen. Aus diesem Grunde treffe den Arzt keine Schuld.

Der Gerichtsgutachter verschweigt aber, dass jeder approbierte Arzt wissen muss, dass bei einer Gefässpunktion in der Ellenbeuge immer die Gefahr besteht, dass eine Arterie punktiert wird. Ausserdem ist heutzutage eine Gefässpunktion lege artis zunächst mit einer offenen Flügelkanüle vorzunehmen, an die anschliessend erst die das Medikament enthaltende Spritze angesetzt wird. Somit ist die Lage der Punktionskanüle in der Arterie eindeutig zu erkennen, weil nach der Punktion sofort Blut pulsierend ausströmt. Nicht entscheidend ist die Farbe des Blutes, da bei Kramp fzuständen auch die Atmung behindert sein kann. So weisen diese Patienten häufig eine zunehmende Blauverfärbung des Gesichtes auf. Dies ist jedem approbierten Arzt -bekannt.

Der Gerichtsgutachter meint ausserdem, dass bei der Patientin infolge von Muskelkrämpfen der Druck irr der punktierten Arterie so stark erniedrigt war, sodass ein pulsierender Rückstrom des Blutes nicht vorhanden war. Obwohl diese Feststellung völlig abwegig ist, denn Muskelkontraktionen führen niemals zu eine Behinderung des Blutstromes in den zuführenden Gefässen, da diese in lockerem Bindegewebe zwischen den Muskeln verlaufen,- (Dies versteht auch ein medizinischer Laie, da ja sonst eine sportliche Betätigung, insbesondere in der Disziplin Gewichtheben, wegen absterbender Extremitäten gar nicht möglich wäre)-, verwendeten sowohl die Gerichte erster und zweiter Instanz gerade dieses Argument, um den Arzt von jeglicher Schuld freizusprechen und damit die Klage abzuweisen.

Dieser Fall zeigt, wie wichtig es wäre, auch in Deutschland, wie in Finnland bereits üblich, eine schuldunabhängige Schadensregulierung, wie im Verkehrsrecht üblich, in der Medizin einzuführen.

Fall 7

Der Hausarzt weist eine 20 jährige Frau abends wegen Verdacht auf Blinddarm entzündung (Appendizitis) zur stationären Behandlung in die chirurgische Abteilung eines Krankenhauses ein. Der Einweisungsschein enthält die Mitteilung: Schmerzen im rechten Unterbauch, Druckschmerz und Loslassschmerz im rechten Unterbauch. Urinbefund: ob. Die klassische Symptomatik bei einer Appendizitis !

Im Krankenhaus wird ebenfalls laut Ambulanzkarte ein Druckschmerz im rechten Unterbauch festgestellt, zusätzlich ist zwischen der axillär (36,5) und der rectal gemessenen Temperatur (37,1) eine Differenz von mehr als 0,5 Grad vorhanden. Die Zahl der weissen Blutkörperchen ist mit 12000 Tsd. (Normalbereich 400-10000) bereits im pathologischen Bereich, worauf das Labor durch ein Sternchen hinter dem Wert hinweist.

Bei dieser Konstellation war es erforderlich, die Patientin stationär zur Beobachtung aufzunehmen, wenn schon nicht umgehend operiert wurde. Auf keinen Fall durfte die Patientin nach Hause entlassen werden.

So wird im Lehrbuch. Praktische Chirurgie herausgegeben von It: Lippert, Thiemeverlag 1998 bei Appendizitisverdacht folgendes festgestellt. Zitat auf Seite 694: „Der wichtigste Befund bei der Appendizitis ist der Schmerz im rechten Unterbauch, spontan und bei Palpation“; und auf Seite 696: „Ein hinreichend starker Verdacht auf eine akute Appendizitis ist eine dringliche, absolute Operationsindikation. Bei unklarer Symptomatik ist eine Beobachtungszeit gerechtfertigt. Nimmt die Symptomatik jedoch zu, ist ein weiteres Abwarten nicht vertretbar. Beobachtungszeit bedeutet: abdominale Kontrolluntersuchungen in einstündigen Intervallen und beobachten weiterer Symptomatik (Allgemeinzustand, zunehmender Schmerz, Anstieg der axillorectalen Temperaturdifferenz). Man sollte dem Patienten/in erklären, warum er/sie jede Stunde eine abdominale Untersuchung über sich ergehen lassen muss“.

Die Beschwerden verstärken sich bei der Patientin, deswegen sucht sie am nächsten Tag mittags erneut das Krankenhaus auf. Jetzt wird die Operationsindikation gestellt und um 15 Uhr operiert.

Laut Operationsbericht findet man nach Wechselschnitt im rechten Unterbauch nach Eröffnung des Peritoneums, dass sich reichlich trübe, übelriechende Flüssigkeit entleert. (Ein erfahrener Chirurg weiss, dass der üble Geruch durch pathogene Darmkeime bedingt ist, was der spätere bakteriologische Befund bestätigt. Es fanden sich massenhaft Colibakterien in dem entnommenen Abstrich neben anderen pathogenen Darmkeimen). Der Blinddarm ist hinter dem rechten Dickdarmende hochgeschlagen, massiv kolbig aufgetrieben und an der Spitze perforiert. (In dem später vom Pathologen mitgeteilten Befund wird eine Perforation des Blinddarmes nicht beschrieben. Dies schliesst eine Perforation nicht aus, da der Nachweis einer Perforationsöffnung nur durch aufwendige Serienschritte erfolgen kann, die aber bei der üblichen histologischen Aufarbeitung des Präparates nur bei gesonderter Anforderung vorgenommen werden.) Der Blinddarm wird in typischer Weise entfernt. Versenkung des Stumpfes mit Tabaksbeutelnaht und Sicherung mit Z-naht. Ausgiebige Spülung mit PVJ- und Ringerlösung. Kontrolle auf Bluttrockenheit, schichtweiser Wundverschluss unter wiederholter ausgiebiger Spülung der Zugangswunde, atraumatische Hautnaht, feuchter Verband.

Als entscheidende Behandlungsfehler sind zu werten, dass auf eine Drainage des Douglasraumes, der sich am tiefsten Punkt im kleinen Becken befindet, von Chirurgen deshalb als „Schlammfang“ des Bauchraumes bezeichnet wird, weit sich hier jegliches flüssiges Material sowohl im Liegen als auch im Sitzen und Stehen sammelt, verzichtet wird, und nicht moderne gegen pathogene Darmkeime wirkende Breitbandantibiotika verabreicht werden. Das von der Anästhesie präoperativ einmalig gegebene Augmentan, ein Penizillinpräparat mit verzögerter Ausscheidung, ist gegen pathogene Darmkeime nicht wirksam.

Die Patientin wurde vorzeitig am 3. postoperativen Tag bereits entlassen, obwohl gegenüber dem 2. postoperativen Tag ein Anstieg der Körpertemperatur von 36.5- auf 37.8 erfolgt war. Dies deutete auf eine beginnende Infektion hin.

Hierzu wird in dem obengenannten Lehrbuch Seite 698 folgendes ausgeführt: „Unmittelbar postoperativ gehen Fieber und Symptome bei normalem Verlauf kontinuierlich zurück, wenn nicht, muss konsequent nach einer Ursache geforscht werden, d.h. die stationäre Aufenthaltsdauer ist individuell festzulegen. Eine postoperative Wundinfektion tritt in der Regel nicht vor dem 4. postoperativen Tag auf. Der stationäre Aufenthalt oder die ärztliche Beobachtung sollte diesen Zeitraum mit einschliessen. Wenn der Gesamtverlauf so eindeutig ist, dass der Patient am 3. Tag völlig beschwerdefrei ist und nicht das kleinste klinische Zeichen eine Komplikation zeigt (z.B. muss die Temperatur sicher im Normalbereich sein, d.h. unter 37,0) kann die Entlassung riskiert werden“.

Indem die behandelnden Ärzte den am 3. postoperativen Tag bei der Patientin erfolgten Temperaturanstieg auf 37,8 nicht beachteten und die Patientin trotzdem aus der stationären Behandlung entliessen, begingen sie eine weitere Sorgfaltspflichtverletzung.

Die Behauptung, dass die Patientin die Klinik auf eigenen Wunsch verliess, ist nicht wahr. So existiert kein von der Patientin unterschriebener Revers, dass sie die Klinik entgegen ärztlichem Rat verlässt.

Der weitere Verlauf ist nach den erfolgten Sorgfaltspflichtverletzungen und insbesondere nach den erfolgten Behandlungsfehlern gekennzeichnet durch die typischen Komplikationen nach perforierter Appendizitis: Infektion der Zugangswunde und Entstehung eines Douglasabszesses. Während die Behandlung der Infektion der Zugangswunde lege artis erfolgt nach erneuter stationärer Aufnahme, ist die Behandlung des Douglasabszesses falsch. Ein Douglasabszess nach perforierter Appendizitis kann durch wiederholte rectale Untersuchungen erkannt werden. Es entsteht ein prall sich vorwölbender Tumor. Eine Probepunktion, bei der Frau durch das hintere Scheidengewölbe, ergibt Eiter, und eine Spreizung der Punktionsöffnung mit Entleerung des Abszesses führt zur Abheilung ohne weitere operative Massnahmen (M. Saegesser:

Spezielle chirurgische Therapie, Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Wien, 9. Auflage 1972, Seite 512).

Die erneute Eröffnung des Bauchraumes in der anschliessend behandelnden Klinik mit Ausräumung des Douglasabszesses und Entfernung von Dünndarmanteilen und der rechten Dickdarmhälfte wären nicht nötig gewesen. Zusammenfassend ergibt sich, dass von den behandelnden Chirurgen folgende Sorgfaltspflichten verletzt wurden:

1. Die fehlende stationäre Beobachtung trotz Appendizitisverdacht und dadurch verzögerte Operation.

- 2: Entlassung der Patientin bereits am 3: postoperativen Tag, obwohl ein Anstieg der Körpertemperatur auf infektionsgedingte Komplikationen hinwies.

Ausserdem sind folgende übliche und notwendige Behandlungsmassnahmen nach operativer Entfernung einer perforierten Appendix mit Keimbesiedlung des Bauchraumes (Peritonitis) unterlassen worden:

1. Fehlende Drainage des Douglasraumes nach der Bauchraumspülung.

2. Unterlassene Behandlung mit modernen Breitbandantibiotika, die wirksam gegen pathogene Darmkeime sind. Nach Vorliegen der bakteriologischen Untersuchung waren gezielt gegen die vorhandenen Keime wirksame Antibiotika einzusetzen.

3. Der Douglasabszess hätte ohne erneute Bauchoperation durch das hintere Scheidengewölbe eröffnet und abgeleitet werden können.

Die Ausführungen der Gerichtsgutachter zu den genannten Sorgfaltspflichtverletzungen und unterlassenen Behandlungsmassnahmen widersprechen der praktisch chirurgischen Erfahrung, wie die Zitate aus den oben genannten Lehrbüchern für praktische Chirurgie beweisen.

Wenn die Gerichtsgutachter zum Beispiel die Meinung vertreten, dass eine Douglasdrainage und Antibiotikabehandlung nach einer Appendektomie nicht erforderlich sind, dann verschweigen die Gutachter dem Gericht, dass dies nur gilt bei einer Blinddarmentfernung, bei der noch keine Keimbesiedlung des Bauchraumes erfolgt ist. Beide Massnahmen sind aber zwingend erforderlich, wenn schon eine Besiedlung des Bauchraumes durch pathogen Keime (Peritonitis) vorhanden ist, insbesondere bei Entfernung eines perforierten ulcerös-phlegmonös entzündeten Blinddarmes mit Bauchraumspülung, wodurch die Entstehung eines Douglasabszesses verhindert werden kann.

Fall 8

Bei einer 53 jährigen Frau wurde wegen eines Eierstocktumors rechts eine laparoskopische Operation vorgenommen, obwohl bereits früher zwei Voroperationen, nämlich ein Kaiserschnitt und eine Gebärmutterentfernung vorausgegangen waren. Ihr wurde nicht mitgeteilt, dass nach Voroperationen die laparoskopische Operationstechnik (im Volksmund als Schlüsselloch-chirurgie bekannt) deutlich vermehrt Komplikationen aufweist.

Laut Operationsbericht fanden sich auch bei dieser Patientin erhebliche Verwachsungen nach den Voroperationen. Trotzdem liess sich der rechte Eierstocktumor nach Beseitigung der Verwachsungen laparoskopisch entfernen. Unverständlicherweise wurde zusätzlich noch der linke Eierstock freipräpariert, obwohl, wie aus dem Operationsbericht hervorgeht, links der Eierstock breitflächig abgedeckt war durch eine fest verwachsene Dickdarmschlinge. Erst nach aufwendiger Lösung der Verwachsungen konnte festgestellt werden, dass der rechte Eierstock normal war. Da der Dickdarm sehr dünnwandig ist und bei der laparoskopischen Operationstechnik bei der Beseitigung von Verwachsungen häufig Blutungen durch Kauterisierung mittels elektrischem Strom gestillt werden, ist die Gefahr einer Darmwandschädigung stets gegeben. Aus diesem Grunde lehnen viele laparoskopisch tätigen Ärzte die Beseitigung von Verwachsungen am Dickdarm ab.

In diesem speziellen Fall hätte eine computertomographische Untersuchung genügt, um festzustellen, dass der linke Eierstock normal ist. Die laparoskopische Freilegung des linken Eierstockes war somit nicht zwingend erforderlich und gefährdete die Patientin, wie der weitere Verlauf zeigte.

Am dritten postoperativen Tag musste die Patientin von einem hinzugezogenen Chirurgen operiert werden, da in dem vom linken Eierstock abpräparierten Dickdarm ein zehnpfennigstück grosses Loch entstanden war und bereits eine allgemeine kotige Verunreinigung des gesamten Bauchraumes bestand. Obwohl bereits eine fortgeschrittene allgemeine Bauchfellvereiterung (lateinisch: Peritonitis) bestand, wurde das Dickdarmloch lediglich einschichtig mit resorbierbarem Nahtmaterial verschlossen. Erforderlich war bereits zu diesem Zeitpunkt, wie später in der chirurgischen Universitätsklinik vorgenommen, eine sogenannte Hartmannoperation mit Herausleiten des geschädigten Dickdarmanteiles vor die Bauchdecken. Es entsteht dadurch ein künstlicher Darmausgang, der später wieder zurückverlegt werden kann. Die allgemeine eitrig-kotige Peritonitis wird zwar in der Folge durch 6-malige operative Bauchraumspülungen behandelt, da aber die Infektionsursache im Dickdarmbereich durch eine Hartmannoperation nicht beseitigt worden war (aus den Drainagen trat später wieder kotige Flüssigkeit aus) verschlechterte sich der Allgemeinzustand wegen der fortbestehenden Bauchinfektion. Erst durch die erfolgte Hartmannoperation nach Verlegung der Patientin in eine chirurgische

Universitätsklinik und Behandlung der Peritonitis, führte letztlich zur Beherrschung des lebensbedrohenden Krankheitszustandes. Allerdings musste zusätzlich ein erheblicher Anteil des Dünndarmes entfernt werden. Die Operateure schreiben in ihrem Operationsbericht, dass sich die betreffenden Dünndarmschlingen nicht mehr trennen liessen und auch der Verdacht bestand, dass hier der Ursprung der kotigen Sekretion lag.

In der Folgezeit litt die Patientin darunter, dass sich Durchfälle dietätisch nicht beeinflussen liessen. Radiologisch wurde festgestellt, dass bei der Patientin nur noch ein Drittel des Dünndarmes vorhanden ist, sodass die Durchfälle wahrscheinlich bedingt sind durch ein Kurzdarmsyndrom. Zusätzlich wurde neurochirurgisch ein Nervus ulnaris-syndrom links mit Zeichen einer absteigenden Nervenschädigung festgestellt, wodurch Muskelschwund und Empfindungsstörungen am 4. und 5. Finger der linken Hand vorhanden sind. Die Patienten beklagt, dass ihre Lebensqualität erheblich beeinträchtigt ist.

Nach einem Jahr wird von einem Chefarzt für Frauenheilkunde, d.h. eines Kollegen des Erstoperateurs, ein Gutachten für eine Schlichtungsstelle für Arzthaftungsfragen bei einer Landesärztekammer erstellt.

Wenn man dieses Gutachten liest, ist zu erkennen, dass es sich um ein typisches wortreiches Vertuschungsgutachten aus falsch verstandener Kollegialität handelt

So wird mit keinem Wort erwähnt, dass

erstens: bereits laparoskopisches Operieren nach 2 Voroperationen nicht angezeigt war;

zweitens: die Freilegung des linken Eierstockes bei den vorhandenen Verwachsungen mit Beteiligung des dünnwandigen Dickdarmteiles extrem komplikationsträchtig war; wobei das Vorhandensein eines normalen Eierstockes links durch nicht invasive Untersuchungsmethoden bereits präoperativ hätte erfolgen können;

drittens: die operative Behandlung der Dickdarmläsion bei fortgeschrittener eitrig-kotiger allgemeiner Bauchfellentzündung nicht lege artis mittels Hartmannoperation erfolgte und dadurch weiterhin der geschädigte Dickdarmanteil als Infektionsquelle im Bauchraum verblieb, bewiesen an wieder auftretender kotiger Drainageabsonderungen trotz mehrfacher Bauchraumspülungen.

viertens: die zusätzlich bei der letzten operativen Behandlung in der chirurgischen Universitätsklinik erfolgte Dünndarmentfernung zu einem

Kurzdarmsyndrom führte, wodurch die Lebensqualität der Patientin beeinträchtigt ist.

Fazit: Auch dieser Fall zeigt, wie wichtig es wäre, auch in Deutschland eine schuldunabhängige Schadensregulierung einzuführen, denn dass diese Patientin erheblich geschädigt wurde und dies nicht schicksalhaft erfolgte, ist nicht zu bestreiten.