

Vermeidbare Fehler bei der Koloskopie

Folge 3 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

*von Herbert Weltrich und Herwarth Lent**

Die Gutachterkommission hatte wiederholt Patientenbeschwerden zu beurteilen, die sich auf die Durchführung einer Koloskopie und deren Folgeerscheinungen bezogen. Perforationen des Darmes hatten vielfach zu erheblichen Komplikationen geführt, die in der Regel einer operativen Behandlung bedurften.

Allgemeine Bemerkungen

Zu beanstanden war allgemein nicht die Durchführung dieser Untersuchung, da eine Verletzung der Darmwand, zumal in Verbindung mit Probeexcisionen, auch bei größter Vorsicht und Sorgfalt nicht immer vermeidbar ist. Nur in wenigen Fällen war die Indikation fehlerhaft gestellt.

Zuweilen haperte es allerdings an der ausreichenden Vorbereitung

des Eingriffs, die eine Darmreinigung durch Gabe einer ausreichend großen Flüssigkeitsmenge (3-4 Liter) am Vorabend voraussetzt, ferner an der gehörigen Aufklärung über die Möglichkeit dieser typischen Komplikation. Zumeist betrafen die Beanstandungen die mangelnde Überwachung bei Beschwerden und die entsprechende Nachsorge. So auch in dem nachfolgend geschilderten Fall.

Der Sachverhalt

Aus den Krankenunterlagen der beschuldigten Ärzte (Internist und Allgemeinmediziner) sowie der im Notdienst tätig gewordenen Ärztin und der nachbehandelnden Klinik ergab sich folgender Sachverhalt: Der 75-jährige Patient stellte sich wegen Unregelmäßigkeiten des

Stuhlgangs, Müdigkeit, Schwäche, Gewichtsabnahme und Anämie bei seinem Hausarzt (Allgemeinmediziner) vor, der zum Ausschluss eines Darmtumors eine Koloskopie beim Internisten veranlasste.

Vor deren Durchführung wurden 0,4 ml Dormicum i.v. und 1 Ampulle Buscopan i.m. gegeben. Die Spiegelung erfolgte bis zum aufsteigenden Dickdarm und wurde dann beendet, weil eine starke Darmverschmutzung die Sicht behinderte.

Nach Schilderung des Patienten traten bei der Untersuchung starke Schmerzen auf. Aus den untersuchten Abschnitten wurden Gewebeproben entnommen, die 4 Tage später beim Pathologen eingingen. In ihnen wurden am 6. Tag nach der Koloskopie feingeweblich „gebündelte glatte Muskulatur, möglicherweise aus der Wand des Dickdarms“ sowie ein leicht fibrosiertes Fettgewebe mit mesothelialen Deckzellen gefunden, jedoch keine Dickdarm-Schleimhaut. Nach diesen Befunden wurde vom Pathologen die Frage nach der Entnahmestelle und einem Darmdefekt gestellt (das heißt nach einer Perforation des Dickdarms).

Der Internist empfahl dem Hausarzt telefonisch eine ergänzende Röntgenuntersuchung und bat den Patienten, der nach der Koloskopie über Schmerzen klagte, noch am selben Tage seinen Hausarzt aufzusuchen. Auch diesem Arzt gegenüber äußerte der Patient

Zur Reihe

„Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

An die Gutachterkommission ist wiederholt die Anregung herangetragen worden, ihre gutachtlichen Beurteilungen zu veröffentlichen. Der Göttinger Arztrechtler Prof. Dr. H.-L. Schreiber beispielsweise hat die Auffassung vertreten, die Ergebnisse der Kommissionsverfahren sollten in regelmäßigen Berichten publiziert und damit für die praktische ärztliche Tätigkeit sowie die Entwicklung von Leitlinien nutzbar gemacht werden (siehe auch Rheinisches Ärzteblatt Februar 2000, Seite 22).

Eine solche Veröffentlichung kann allerdings nicht durch einfachen (anonymisierten) Abdruck der jeweiligen Entscheidung geschehen. Ihre fallbezogene Fassung und die oft umfangreichen gutachtlichen Anlagen bedürfen der Konzentration auf die wesentlichen Einzelheiten des Sachverhalts und den maßgeblichen Kern der Beurteilung.

Für diese Arbeit konnten langjährige Kommissionsmitglieder gewonnen werden, die nunmehr in regelmäßigen Abständen im Rheinischen Ärzteblatt zu bestimmten Themen aktuelle gutachtliche Entscheidungen in knapper Zusammenfassung und mit etwaigen statistischen Anmerkungen veröffentlichen werden.

GAK

* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein; Dr. med. Herwarth Lent war von 1975 bis 1999 Mitglied der Gutachterkommission für das Gebiet Innere Medizin, seit 1983 war er Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied.

Schmerzen im Bauch. Der Hausarzt überwies den Patienten an ein Röntgeninstitut zwecks Durchführung der empfohlenen Röntgenuntersuchung, ohne auf die Beschwerden weiter einzugehen. Der Patient bemühte sich an diesem Tag erfolglos um einen sofortigen Termin.

Am nächsten Tag verstärkten sich die Schmerzen. Hierüber unterrichtete der Patient den Internisten, der ohne Untersuchung „schmerzstillende Zäpfchen“ verordnete. Die am darauffolgenden Morgen herbeigerufene Notärztin veranlasste die sofortige stationäre Einweisung.

Bei der Aufnahme in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses bestanden diffuse Bauchschmerzen; der Leib, insbesondere der Unterbauch, war massiv gespannt. Röntgenologisch fand sich viel freie Luft im Bauchraum unter dem Zwerchfell. Die Leukozyten waren auf 13,0 nl erhöht.

Bei der anschließenden Operation wurde eine gedeckte Perforation am rektosigmoidalen Übergang ohne Hinweise auf tumoröse Veränderungen oder Divertikel festgestellt. Es erfolgte eine Resektion des betroffenen Dickdarmanteils. Im 9 cm langen Dickdarm-Resektat wurde bei der feingeweblichen Untersuchung eine „frischere tagealte Wandperforation des Dickdarms mit fokaler Serositis“ beschrieben.

Beurteilung durch die Gutachterkommission

Dieser Sachverhalt wurde auf der Grundlage eines Fachsachverständigen-Gutachtens wie folgt gutachtlich beurteilt: Die Indikation zur Koloskopie mit den ebenfalls indizierten Probeexcisionen aus einem endoskopisch nicht sicher zu beurteilenden Areal im Bereich des rektosigmoidalen Übergangs war nicht zu beanstanden.

Abgesehen von der Vorbereitung (keine ausreichende Dickdarm-

Ergänzend zum Thema

Unter den von 1976 bis Ende 1999 festgestellten 4.747 vorwerfbaren Behandlungsfehlern waren 26-mal vermeidbare Fehler im Rahmen von Koloskopien zu beanstanden. Zwei weitere Verfahren waren auf Grund einer fehlenden Risikoauflärung rechtswidrig. Hier wurde zum einen nicht über das typische Risiko einer sich dann verwickelnden Sigma-Perforation aufgeklärt. Im anderen Verfahren wurde ohne präoperative Einwilligung des Patienten „bei guten Sichtverhältnissen“ die Rectoskopie bis zum Kolon transversum ausgedehnt.

Eine unvollständige Durchführung der Koloskopie führte in 6 Verfahren vor der Gutachterkommission zur verzögerten Erkennung eines Kolonkarzinoms. Davon 3-mal mangels ausreichender Darmreinigung.

Einmal betraf die Rüge die Prämedikation vor der Untersuchung bei einem Patienten mit einer chronisch obstruktiven Emphysem-Bronchitis, die mit 100 mg Dolantin und 10 mg Diazepam i.v. in zu hoher Dosis vorgenommen wurde und zu einem Atemstillstand führte, der nicht mehr behoben werden konnte.

In zwei Verfahren wurde das Sigma beim Versuch, eine Sigmastenose zu passieren, perforiert, einmal bei einer floriden Colitis ulcerosa. Für diese Vorgehensweise wurde die Indikation als nicht gegeben angesehen. Allein in 9 gutachtlichen Bescheiden wurde die Diagnose einer Sigma-Perforation als verspätet gestellt bewertet, und zwar mangels hinreichender Überwachung der Patienten nach der Untersuchung. Darunter befand sich eine Perforation mit einer Längen-Ausdehnung von 10 cm. In 2 dieser Verfahren wurde die Perforation in der Kontrastmitteldarstellung verkannt. Eine späte Koagulationsnekrose nach einer Blutstillung, die in typischer Weise erst 2 bis 5 Tage später auftritt, wurde in einem anderen Fall trotz Hinweisen auf eine Peritonitis verkannt.

Als vorwerfbar fehlerhaft wurde ferner gewertet, dass bei einer schwierigen Passage der linken Kolon-Flexur und erheblicher Schmerzäußerung des Patienten die Untersuchung nicht abgebrochen wurde. Ihre Fortsetzung verursachte eine Dekapsulierung der Milz mit einer Milzruptur, weil Verwachsungen zwischen Milz und Kolon bestanden. Diese Komplikation stellt zwar ein äußerst seltenes Ereignis dar, hätte jedoch unter den gegebenen Umständen vermieden werden können.

Nach Polypektomien im Rahmen einer Koloskopie wurden 7-mal Perforationen der Dickdarmwand verkannt bzw. verspätet einer chirurgischen Behandlung zugeführt. In einem dieser Verfahren war das bei der „Polypektomie“ gewonnene Material keiner histologischen Untersuchung zugeführt worden.

Schließlich sollte vor „Polypektomien“ im Bereich des Coecums bedacht werden, dass hier ein eingestülpter Appendixstumpf nach Appendektomie vorliegen kann. Seine Entfernung führte einmal zu einer massiven Peritonitis mit tödlichem Ausgang.

entleerung) konnten Mängel hinsichtlich der Durchführung nicht festgestellt werden, da die zunächst nicht erkannte Perforation im Zusammenhang mit den Probeexcisionen kein Indiz für ein vorwerfbar fehlerhaftes Vorgehen bedeutet. Eine solche Komplikation ist trotz sorgfältigster Behandlung nicht immer sicher zu vermeiden. Über die – wenn auch selten eintretende – Möglichkeit einer Verletzung der Darmwand und ihrer Folgen war allerdings aufzuklären, da es sich dabei um ein typisches Risiko einer Koloskopie handelt, das nach der Literatur in 0,14 Prozent bis 0,25 Prozent¹ zu erwarten ist.

Der Internist hatte weder ein Aufklärungsgespräch noch die Einwilligung des Patienten dokumentiert, so dass insoweit das Vor-

gehen des Arztes zu beanstanden war.

Als vorwerfbar fehlerhaft war dann vor allem das Verhalten des Internisten im unmittelbaren Anschluss an die Untersuchung zu beurteilen. Die Beschwerden des Patienten, die Anlass zur telefonischen Rücksprache mit dem Hausarzt waren, verpflichteten zur ärztlichen Kontrolle und Beobachtung. Der Patient durfte nicht ohne weiteres nach Hause entlassen werden.

Vielmehr hatte der Arzt ihn zunächst für einige Zeit in seiner Praxis zu beobachten und dabei Palpations- und Auskultationsbefunde zu erheben sowie Temperatur, Pulsfrequenz und Blutdruck zu kontrollieren. Bei anhaltenden Leibschmerzen war eine Bauchüber-

¹ H. Lent, Erfahrungen der Gutachterkommission bei der Ärztekammer Nordrhein mit „Zwischenfällen“ in der Endoskopie. Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie 25.11.1992

sichtsaufnahme im Stehen zu veranlassen, um der Frage nach einer etwaigen Darmperforation nachzugehen und dann das Erforderliche sofort in die Wege leiten zu können.

Das Verhalten des Hausarztes war ebenfalls zu beanstanden. Er durfte sich nicht auf die Überweisung zum Radiologen beschränken. Die zu diesem Zeitpunkt anhaltenden Schmerzen im Unterbauch nach einer Koloskopie mussten

auch für den Hausarzt Anlass zu einer gründlichen Untersuchung sein, da er ebenso wie der Internist die Möglichkeit einer Darmperforation im Zusammenhang mit der ihm bekannten Koloskopie zu bedenken hatte.

Zu veranlassen war nunmehr die – bisher unterbliebene – Röntgen-Übersichtsaufnahme des Abdomens des Patienten im Stehen, um eine etwaige Darmverletzung mit

der möglichen Folge einer Peritonitis so schnell wie möglich erkennen zu können und ggf. chirurgisch behandeln zu lassen. Die Unterlassung dieser Maßnahmen war als ein erheblicher Verstoß gegen die ärztlichen Sorgfaltspflichten zu werten.

In diesem Falle musste somit die Kommission vorwerfbare Behandlungsfehler sowohl des Internisten als auch des Allgemeinmediziners feststellen.

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN)

Ärztchammer Nordrhein

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

in Zusammenarbeit mit der

Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler (GAK)

bei der Ärztkammer Nordrhein

Fehler und Gefahren bei der Endoskopie des Gastrointestinaltraktes – Durchführung, Überwachung und Nachsorge

Datum: Mittwoch, 15. November 2000, 16.00 Uhr – 19.00 Uhr

Ort: Ärztehaus Sedanstraße 10-16, 50668 Köln, großer Sitzungssaal 5.01

Begrüßung: Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Ärztkammer Nordrhein und der Bundesärztkammer

Einführung zum Thema: Dr. med. K. U. Josten, Bonn

Moderation: Prof. Dr. med. J. Schoenemann, Köln

**Aufklärung des Patienten und Vorbereitung der Untersuchung, Nachsorge,
Ergebnismitteilung und Dokumentation**

Dr. med. H.-J. Wedershoven, Mönchengladbach

Prämedikation und Sicherheitsstandards bei der Untersuchung/Notfallmanagement

Dr. med. M. Boedler, Köln

**Oesophago-Gastro-Duodenoskopie, ERCP, EPT,
Indikation, Kontraindikation und Umgang mit mögliche Komplikationen**

Prof. Dr. med. B. May, Bochum

**Koloskopie,
Indikation, Kontraindikation und Umgang mit möglichen Komplikationen**

Prof. Dr. med. W. Kruis, Köln

Hinweis: Anmeldung nicht erforderlich

Rückfragen unter: Tel.: (49) 0211/43 02-557, Fax: (49) 0211/43 02-558, E-Mail: IQN@aekno.de

Sonstiges: AiP-anerkannt