

# Operative Risiken bei Diabetikern

*Zur Indikation und Durchführung von Eingriffen am diabetischen Fuß – Folge 14 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“*

*von Herbert Weltrich und Herwarth Lent\**

Die Gutachterkommission hatte wiederholt Sachverhalte zu beurteilen, bei denen das erhöhte Operationsrisiko bei Diabetikern nicht ausreichend beachtet wurde. Vermindern lässt sich das Risiko durch eine sorgfältige Erhebung der Anamnese und eine gründliche Untersuchung mit sachgerechter Vorbereitung, die vor allem die aktuelle Blutzuckereinstellung sowie das Ausmaß etwaiger diabetischer Folgeerkrankungen (Durchblutungs- und Nierenfunktionsstörungen, Nervenschäden) betrifft.

Ist das Komplikationsrisiko für den Eingriff deutlich erhöht, kann ein Verschieben der Operation angezeigt sein, soweit nicht ohnehin die Risikoabwägung zu dem Ergebnis führt, dass die Indikation für eine operative Behandlung zu verneinen ist. Hierzu beispielhaft die Darstellung eines von der Gutachterkommission beurteilten Falles.

## Der Sachverhalt

Aus den Krankenunterlagen des beschuldigten niedergelassenen Chirurgen und der nachbehandelnden Klinik ergab sich Folgendes: Der 55-jährige Patient stellte sich dem Arzt wegen Fußbeschwerden vor, die nach dem Ergebnis der Untersuchung unter anderem auf eine Hornschwiele unter dem linken Fuß zurückgeführt wurden. Der Patient

litt seit Jahren an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus mit Polyneuropathie, der dem Arzt bekannt war. Er schlug dem Patienten eine operative Entfernung der Hornschwiele vor.

Ob und inwieweit der Patient über die Risiken dieses Vorgehens näher aufgeklärt wurde, war zwischen Arzt und Patient strittig. Dokumentiert war die Aufklärung nicht. Es lag eine Einwilligungserklärung des Patienten vor, die dieser am Operationstag unterschrieben hatte, und zwar nach seiner Darstellung „auf dem Operationstisch“. Die Erklärung enthielt den Zusatz, dass der Patient „über eine Operation am linken Fuß in Lokalanästhesie aufgeklärt worden“ sei.

Die Krankenunterlagen enthalten im Übrigen keine Untersuchungsbefunde, insbesondere fehlen Feststellungen über die Höhe des Blutzuckers. Der Arzt hat hierzu erklärt, dass er Fußpulse beiderseits getastet habe, um eine periphere Angiopathie auszuschließen.

## Ambulante operative Behandlung

Dem Operationsbericht lag als Diagnose zugrunde: Großer Clavus (Hühnerauge) links und Ganglion linker Fuß (bei bekanntem Diabetes mellitus).

Nach dem Bericht wurden das circa kirschgroße Ganglion heraus-

präpariert und die Operationswunde primär verschlossen. Anschließend wurde der „Große Clavus im Bereich des lateralen rechten Vorfußballens, der zentral eine deutliche trichterförmige Eindellung“ zeigte, freipräpariert. Das unter der Eindellung festgestellte „entzündliche Gewebe“ wurde komplett exziiert; die Wunde wurde wegen der „diabetischen Polyneuropathie“ nur mit Adaptationsnähten verschlossen. Die histologische Untersuchung erbrachte in der Beurteilung „ein Ganglion am linken Fuß ohne Hinweise auf Entzündung oder Malignität“ und „einen unverdächtigen Clavus am linken Fuß“.

## Postoperative Behandlung

Der weitere Verlauf ist nicht dokumentiert. Der Arzt berichtete jedoch über einen Verbandwechsel am zweiten Tag nach der Operation und darüber, dass der Bereich der Wunde „leicht gerötet“ und der Fuß geschwollen gewesen sei. Er habe Doxycyclin und Diclofenac verordnet. Am dritten Tag nach der Operation stellte sich der Patient mit weiter geschwollenem Fuß vor; er wurde mit der Diagnose „Wundinfektion“ stationär eingewiesen.

## Stationäre Behandlung

Bei der Aufnahme in der Klinik gab der Patient zur Anamnese an, dass bereits ab dem ersten Tag nach der Operation zunehmende Schmerzen und Temperatursteigerungen bis 40° C beobachtet worden seien.

Die Aufnahmeuntersuchung ergab folgenden wesentlichen Lokalbefund: „Lateral im Bereich des Vorfußballens circa 5 cm messende querverlaufende Wunde. Wundränder nekrotisch. Auf Druck entleert sich Pus – nach Fäden ex erkennt man Nekrosen, die bis zum Köpfchen des 5. Mittelfußknochens links reichen. Der Fußrücken ist geschwollen und gerötet bis zum oberen Sprunggelenk. Lymphatischer Streifen ist feststellbar. Die Fußpulse sind tastbar. Die Schmerzempfindlichkeit der Fußsohle aufgehoben.“

\* 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.

ben.“ Die Körpertemperatur betrug 38,6° C, der Blutzucker 245 mg/dl.

Noch am selben Tage wurde die Operationswunde wieder eröffnet. Es wurden „ausgedehnte stinkige Nekrosen“ festgestellt, „die bis zum Köpfchen des 4. Mittelfußknochens bzw. des Kleinzehengrundgliedes reichten“. Die Nekrosen wurden exzidiert.

Drei Tage später erfolgte eine erneute Wundrevision, da die erhöhten Körpertemperaturen bis 40° C anstiegen und nicht zurückgingen. Die Blutzuckerwerte lagen knapp unter 200 mg/dl. Bei dieser Revision entleerte sich „übelriechender Eiter“. Das Fettgewebe war nekrotisch verändert. Es erfolgte ein neuer Hautschnitt mit Fascieneröffnung über dem 5. Mittelfußknochen. Die Diagnose lautete „Phlegmone linker Fuß bei diabetischer Polyneuropathie“.

## **Diabetische Gangrän - Unterschenkelamputation**

Eine Woche nach der letzten Wundrevision kam es erneut zu septischen Temperaturen, so dass eine weitere Revisionsoperation erforderlich wurde. Nach dem Operationsbericht fand sich „aufgrund einer diabetischen Gangrän eine große nekrotische Wunde im Bereich der lateralen Seite des linken Fußes, die Sehnen liegen frei.“ Die Nekrosen wurden im großen Umfang abgetragen. Gleichwohl blieben die Körpertemperaturen septisch, so dass nach einer weiteren Woche eine Unterschenkelamputation nicht mehr zu umgehen war. Danach kam es zum Temperaturabfall und schließlich nach weiteren vier Wochen zur endgültigen Ausheilung.

## **Gutachtliche Beurteilung**

Die Gutachterkommission nahm zum Verhalten des beschuldigten niedergelassenen Chirurgen im Wesentlichen wie folgt Stellung:

Zu beanstanden war zunächst die unzureichende Dokumentation, in der jegliche Eintragungen über Befunde fehlten, die eine Operationsindikation stützen konnten. Sol-

che ergaben sich auch nicht aus der späteren Äußerung des Arztes. Dabei bestand aufgrund des dem Arzt bekannten Diabetes mellitus Anlass zu größter Vorsicht, Sorgfalt und Zurückhaltung. Eine Indikation zur operativen Behandlung durfte nur bei zwingender Notwendigkeit eines solchen Eingriffs und vor allem nach sorgfältiger Feststellung der Blutzuckerwerte bejaht werden, die in den letzten drei bis vier Tagen vor dem operativen Eingriff und am Operationstag möglichst im oberen Normbereich liegen sollten. Dass diese Mindestvoraussetzungen vorlagen, konnte die Kommission nicht feststellen; sie ergaben sich weder aus den Darlegungen des Arztes und seinen Behandlungsunterlagen noch aus dem späteren Verlauf.

Der Hinweis des Arztes, dass er durch Tasten der Fußpulse eine periphere Angiopathie habe ausschließen können, stützt die Indikation nicht. Die bei Diabetikern generell gegebene Gefahr von Durchblutungsstörungen besteht auch bei noch erhaltener Blutzufuhr durch die großen Arterien. Sie beruhen auf der Minderperfusion des Gewebes infolge der sogenannten Mikroangiopathie, bei der die Innenhaut der kleinen Blutgefäße polsterartig verdickt ist, so dass das Gewebe nur unzureichend mit Sauerstoff versorgt wird. Das ohnehin unter Druck stehende Gewebe des Fußbettes ist besonders gefährdet, erinnert sei an den „diabetischen Fuß“. Nach allem kam die Kommission zu dem Ergebnis, dass schon die Indikation für das operative Vorgehen zu verneinen war.

## **Fehlerhafte Nachsorge**

Zu beanstanden war weiter die postoperative Behandlung durch den Arzt. Auch nach dem operativen Eingriff erfolgte keine Kontrolle des Blutzuckers, obwohl sie zwingend geboten ist, um ggf. eine postoperative Entgleisung rechtzeitig erkennen und behandeln zu können. Versäumt wurde auch die Kontrolle der Körpertemperatur. Das alles führte zu vermeidbarer Verzö-

gerung der sachgerechten Behandlung.

Die Gutachterkommission war zusammenfassend der Auffassung, dass die fehlerhafte Behandlung des beschuldigten Arztes als ein schwerwiegender (= grober) Behandlungsfehler zu werten sei, der zu dem vermeidbaren Verlust des Unterschenkels geführt habe. Auf die mit der Feststellung eines „groben“ Behandlungsfehlers ggf. verbundene Beweislastumkehr kommt es bei festgestelltem Ursachenzusammenhang nicht mehr an. Von Bedeutung ist dann auch nicht, ob dem Arzt der ihm obliegende Nachweis gelingt, dass er den Patienten vor der Operation rechtzeitig und umfassend auf die mit dem operativen Eingriff verbundenen Risiken aufgeklärt hat.

## **Ergänzend zum Thema**

Neben einem weiteren Fall nicht indizierter operativer Behandlung eines Clavus mit nachfolgender Unterschenkelamputation waren bislang 12-mal diabetisch bedingte Durchblutungsstörungen fehlerhaft behandelt worden, wie zum Beispiel eine diabetische Vorfuß-Gangrän sowie neuropathische Ulcera am Fußballen 4-mal. Beteiligt waren Fachärzte der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Dermatologie.

Die Behandlung einer diabetischen Gangrän an Zehen oder Füßen war in 10 Fällen unzureichend. Dieser Vorwurf betraf Allgemeinmediziner (davon einmal eine sogenannte Sauerstoffinsufflation) und Ärzte anderer Fachrichtungen wegen nicht ausreichender Kontrollen des Blutzuckers im Labor bzw. der Zuckerausscheidung im Harn. In mehreren Fällen behandelten Internisten fehlerhaft, weil sie eine indizierte Insulinbehandlung unterließen.

Bei Hammerzehen-Operationen an Diabetikern wurde 5-mal eine hinreichende perioperative medikamentöse Diabetes-Therapie versäumt, davon 3-mal mit der Folge einer Unterschenkelamputation. Beteiligt waren Fachärzte der Chirurgie und der Orthopädie.