

Fehlerhafte Behandlung der Speiseröhre

Sorgfaltsmängel bei einer Fundoplikatio – Folge 22 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

*von Herbert Weltrich und Wilfried Fitting**

Bei der Fundoplikatio handelt es sich um ein manschettens-förmiges Falten des Magenfundus um den unteren Verschlussmuskel der Speiseröhre. Sie bedarf einer sorgfältig zu prüfenden Indikation. Vorrang hat ein konsequenter medikamentöser Behandlungsversuch. Bei erheblichen Verwachsungen aufgrund früherer Operationen sollte ein endoskopisch durchgeführter Eingriff vermieden werden, wenn nicht besondere Erfahrungen bei der Behandlung solcher Komplikationen vorliegen.

Die Gutachterkommission hatte kürzlich den nachfolgenden Vorgang zu beurteilen. Aus den Krankenunterlagen der vor- und nachbehandelnden Ärzten sowie der beschuldigten Chirurgischen Klinik ergab sich Folgendes:

Der Sachverhalt

Die Patientin, 72 Jahre alt, suchte wegen ständiger Beschwerden durch zurücklaufende Magensäure in die Speiseröhre im Oktober eine inter-nistische Gemeinschaftspraxis auf.

In der Krankenakte finden sich bei der Anamnese Angaben u. a. über eine Oberbauchoperation wegen Verwachsungen (vor längerer Zeit), eine Hashimoto-Strumitis, ein chronisches Wirbelsäulensyndrom mit Zustand nach Stabilisierungsoperation, eine koronare Herzerkrankung und eine Hypothyreose.

Die in der Gemeinschaftspraxis durchgeführte Oesophago-Gastro-

skopie zeigte eine unauffällige Oesophaguspassage. In der Beurteilung heißt es unter anderem:

„Bei deutlich klaffender Cardia und kleiner Hiatushernie dürfte es sich um eine chronische Refluxerkrankung handeln. Aktuell jedoch keine Zeichen einer höhergradigen Refluxoesophagitis. Ansonsten unauffälliger Gastroskopie-Befund. Keine peptischen Läsionen.“

Am 27. November wurde eine Röntgenuntersuchung von Oesophagus, Magen und Duodenum in Doppelkontrasttechnik durchgeführt. Sie ergab folgenden Befund:

1. Unauffälliger Kontrastmittelbeschlag des Oesophagus mit rascher Kontrastmittelpassage aus dem Oesophagus in den Magen.
2. In Kopftieflage nach röntgenologischen Kriterien nur diskreter Reflux bei kleiner axialer Hiatushernie.
3. Soweit bei Immobilität beurteilbar, unauffälliger Kontrastmittelbeschlag des Magens und des Bulbus duodeni.
4. Metallstifte sowie Metallspangen in Projektion auf die LWS.“

Eine weitere Untersuchung wurde vom 3. bis 4. Dezember in einem Krankenhaus durchgeführt:

„Bei der Oesophagusmanometrie ergab sich ein eindeutig defekter unterer Sphinkter mit einem Druck von 2,4 mm Hg und eine abdominelle Länge von 1 cm. Die Motorik der tubulären Speiseröhre war mit Kontraktionswellen von 40 - 50 mm Hg im mittleren Speiseröhren-

drittel unauffällig. Bei entsprechender klinischer Befundkonstellation und endoskopischen Verhältnissen wäre die Patientin daher durchaus eine Kandidatin für eine laparoskopische Fundoplicatio ...“.

Unter der Diagnose „gastro-oesophageale Refluxkrankheit, pathologisch erhöhter De Meester-Score“, wurde am 7. Januar in der beschuldigten Chirurgischen Klinik eine laparoskopische 360° Fundoplicatio (nach Nissen-Rosetti) durchgeführt. Nach den Unterlagen dauerte die Narkose 5 Stunden. Der Eingriff selbst erfolgte von 12:20 Uhr bis 16:25 Uhr. Im Pflegebericht ist vermerkt, die Patientin habe bis einschließlich 6. Januar Aspirin genommen, worüber die Ärzte informiert worden seien.

Nach entsprechender Aufklärung hatte die Patientin am 6. Januar ihr Einverständnis zur Operation (endoskopische Manschettenbildung des Magens und der Speiseröhre) erteilt. Unter dem 6. Januar wurde auch eine Einwilligung in einen Eingriff an Gallenblase und Gallengängen vermerkt, der aber nicht erfolgt ist. Als mögliche Komplikationen wurden Blutung, Entzündung, Gefäß-/Nervenverletzung angegeben. Im postoperativen Verordnungsbogen heißt es unter Operation: „Fundoplicatio/Cholecystektomie (endoskopisch)“. Letztere ist zu dieser Zeit nicht durchgeführt worden. Im „Sofort-Informationsbogen“ vom 7. Januar ist u. a. eingetragen: „Leberblutung (Tabo-

* 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. Professor Dr. med. Wilfried Fitting war von 1987 bis 1996 Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission.

tamp)“ ohne Angabe der Ursache. Am ersten postoperativen Tag mussten zwei Erythrozytenkonzentrate gegeben werden.

Erneute Operation

Wegen eines zunehmenden Bauchbefundes erfolgte am 10. Januar zwischen 18:00 Uhr und 21:15 Uhr die Re-Operation. Dabei fand sich eine iatrogene Fundusperforation im Manschettensbereich, die nach Auflösung der Manschette durch maschinelle Naht verschlossen wurde. Eine neue Nissen-Manschette wurde angelegt. Die offenbar bei diesem Eingriff zusätzlich angelegte Coecalfistel ist im Operationsbericht nicht erwähnt, so dass die Indikation hierzu nicht erkennbar ist. Anschließend wurde die Patientin zur weiteren Intensivbehandlung in eine andere Chirurgische Klinik verlegt.

Weitere Eingriffe

Dort entschloss man sich bereits am 12. Januar zu einer erneuten Revision, die unter der Diagnose „Zustand nach Fundoplicatio mit anschließender Perforation und Revision in einem auswärtigen Krankenhaus“ bei insgesamt nicht wesentlicher Verbesserung des Allgemeinzustandes der Patientin erfolgte. Durchgeführt wurde eine Re-Laparotomie mit Splenektomie, Thoraxdrainageanlage links, Zieldrainageanlage und Spülung des Abdomens. Im Operationsbericht heißt es: „Die Revision zeigt an, dass die Fundusmanschette dicht ist. Hierfür wird die Magensonde ein Stück zurückgezogen, der Magen ausgeklemmt und mit Blaulösung maximal der obere Anteil des Magens gefüllt. Hierbei nirgendwo Austritt von Blaulösung. Es wird dann die Magensonde wieder etwas weiter in den Magen heruntergeschoben. Die weitere Revision zeigt dann, dass die Milz mehrere Einrisse aufweist und sie labberig, nicht durchblutet erscheint. Es muss davon ausgegangen werden, dass es zu einer Milzarterienthrombose gekommen ist. Es wird deshalb die Milz entfernt, der Milzstiel, der schon in den Voroperationen fast vollständig durch-

WISSENSCHAFT UND FORTBILDUNG

trennt wurde, dargestellt und nach Setzen von 2 Overholt-Klemmen die Milz entfernt. Am abgesetzten Milzhilus finden sich Thrombosen in den großen Gefäßen der Milz ...“.

Am 15. Januar erfolgte eine weitere Second-Look-Operation mit Spülung und Einlegen einer Easy-Flow-Drainage bei Gallefistel aus dem Lebersegment S 3. Eine erneute Spülung wurde am 17. Januar durchgeführt. Am 21. Januar wurde die Bauchhöhle unter der Diagnose „Gallefistel aus dem linken lateralen Lebersegment nach iatrogener Verletzung im Rahmen der Fundoplicatio, akute Cholezystitis, persistierende Peritonitis“ erneut eröffnet. Durchgeführt wurden eine Cholezystektomie, Übernähung der Leber, Anlage eines Laparostomas und Spülung. Eine vierte Second-Look-Operation fand am 23. Januar statt; gleichzeitig wurde bei Langzeitbeatmung die Tracheotomie vorgenommen. Am 26. Januar erfolgte eine nochmalige Spülung mit nunmehr offener Abdominalbehandlung. Weitere Revisionen wurden am 28. Januar und 8. Februar durchgeführt. In dieser ganzen Phase erhielt die Patientin eine größere Zahl von Bluttransfusionen.

Am 24. Februar wurde die Patientin mit granulierendem Laparostoma in die beschuldigte Chirurgische Klinik zurückverlegt. Die Trachealkanüle konnte entfernt werden.

Nachbehandlung

Am 16. August erfolgte eine Überweisung in die Geriatriische Abteilung einer anderen Klinik, wo die Patientin bis zum 14. Januar des folgenden Jahres verblieb. Am 26./27. August wurde dieser Aufenthalt wegen der notwendigen Bougierung einer Cardiastenose in einem anderen Krankenhaus kurz unterbrochen.

Im Entlassungsbrief vom 14. Januar sind als weitere Diagnosen angegeben: „Große Bauchwandwunde nach Laparostoma, rezidivierende Lungenarterienembolie, Venafemoralis-Thromben beidseits, koronare Herzkrankheit, dekompensier-

te Linksherzinsuffizienz, intermittierende absolute Arrhythmie, reaktive Depression, rezidivierende Übelkeit, Barbiturat-Unverträglichkeit, Glaukom“.

Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission verneinte in ihrer Stellungnahme die Indikation zur Fundoplicatio. Es hätten kaum Anzeichen vorgelegen (nur Sodbrennen bei endoskopisch kleiner Hiatushernie und Cardiaklaffen, keine nachweisbare Refluxoesophagitis, geringe Motilitätsstörung des oesophagealen Sphinkters, aber normale Speiseröhrenmotilität im Korpusbereich und nur diskreter Reflux). Vor einem so weitgehenden Eingriff hätte deshalb zunächst eine konsequente medikamentöse Behandlung erfolgen müssen. Deshalb war nach Ansicht der Kommission allenfalls eine relative Indikation zur Fundoplicatio gegeben. Sie hätte allerdings ausdrücklich Gegenstand der besonderen Aufklärung über den Eingriff sein müssen, was nicht geschehen ist, so dass es insoweit auch an einer wirksamen Einwilligung fehlt.

Zweifel äußert die Kommission zu der Entscheidung, angesichts der Verwachsungen aufgrund der früheren Oberbauchoperation den Eingriff endoskopisch und nicht mittels Laparotomie durchzuführen. Da nähere Umstände nicht zu klären waren, sah die Gutachterkommission insoweit von der Feststellung eines vorwerfbaren Behandlungsfehlers ab.

Fehlerhaft war es allerdings, die ohne weiteres aufschiebbar Operation bereits am 7. Januar durchzuführen, obwohl die Patientin, entsprechend eingestellt, noch am Vortag Aspirin eingenommen hatte. Hier hätte wegen der erhöhten Blutungsgefahr eine Karenzzeit eingehalten werden müssen. Die bestehende Aspirinwirkung war bei der Verletzung des linken Leberlappens mit der erheblichen Blutung verhängnisvoll. Die Leberschädigung selbst wertete die Kommission als

