

# Minimal invasive Eingriffe: Indikation sorgfältig prüfen

*Nicht indizierte Bauchspiegelung mit fehlerhafter Technik nach fehlender Sicherungsaufklärung – Folge 29 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“*

*von Herbert Weltrich und Wilfried Fitting\**

Zwischen Diagnostik und Therapie steht die Indikation; sie gehört vor jedem chirurgischen Eingriff zu den schwierigsten und verantwortungsvollsten Aufgaben des behandelnden Arztes. Maßgebend sind neben der Situation des Kranken die Anamnese, die zeitlichen Verhältnisse zwischen dem Beginn der Symptomatik und der ärztlichen Untersuchung sowie Umfang und Aussagekraft klinisch, labor-technisch und apparativ gewonnener Befunde. Der Grundsatz sorgfältiger Indikationsstellung gilt in gleicher Weise für die offene Operation wie für die inzwischen zum Standard gehörende endoskopische Operationstechnik.

Bei nicht indizierten Eingriffen haftet der Arzt für alle entstandenen gesundheitlichen Schäden, auch wenn er bei der Operation mit aller Sorgfalt und sachgerecht vorgegangen ist.

Die Gutachterkommission hat in zahlreichen Haftungsfällen die Indikationsstellung beanstanden müssen. Der nachfolgend geschilderte Sachverhalt gab allerdings Anlass, neben der fehlenden Indikation auch das operationstechnische Vorgehen und eine unterlassene postoperative Sicherungsaufklärung als vorwerfbareren Behandlungsfehler festzustellen.

## Der Sachverhalt

Die 29-jährige Patientin wurde am 2. April durch ihren betreuenden Frauenarzt in die beschuldigte

Frauenklinik wegen „Ovarialzyste links“ eingewiesen.

Im Krankenblatt der Klinik ist zur Anamnese vermerkt, dass keine Voroperationen oder relevanten Vorerkrankungen bestanden hätten. Es sei eine Ovarialzyste links seit November bekannt, die bei einer Kontrolle am 4. März größer geworden sei. Es beständen keine Beschwerden. Als erster Tag der letzten Periode ist der 21. März genannt.

Bei der gynäkologischen Aufnahmeuntersuchung durch eine Fachärztin der Klinik werden keine Besonderheiten beschrieben. Im Ultraschall zeigt sich ebenfalls kein pathologischer Befund. Der Uterus ist unauffällig. Ebenso wird auch das rechte Ovar beschrieben. Das linke Ovar trägt eine 2,1 x 2,5 cm große Zyste. Aus den beiliegenden Ultraschallbildern guter Qualität folgt, dass die beschriebene kleine zystische Struktur vorhanden ist, welche leicht entrundeten Charakter, keine soliden Anteile und keine suspekten Binnenproliferationen zeigt.

Nach umfassender Aufklärung über den Eingriff und dessen Risiken wird die Indikation zur „diagnostischen Laparoskopie“ mit der Diagnose „Ovarialzyste links“ bejaht.

## Die Bauchspiegelung

Die Operation wird am 3. April in der üblichen Weise begonnen, indem im Bereich des Nabels nach Auffüllen der Bauchhöhle mittels

Kohlendioxid der Optiktrokar eingeführt wird. Es wird eine Winkeloptik eingesetzt, bei der durch einen Seitenkanal des Hauptschaftes parallel zur optischen Achse ein Arbeitsinstrument eingeführt werden kann. Weitere Instrumente werden nicht eingebracht.

Das weitere Vorgehen wird im Operationsbericht wie folgt beschrieben: „Linkes Ovar trotz vorsichtiger Elevationsversuche nicht einsehbar, da dieses nach dorsal leicht adhärent ist. Vorsichtige Elektrokoagulation mit dem monopolareren Strom im Bereich der Adhäsion zur linken Beckenwand mit der elektrischen Schere. Hierbei kommt es zu einer kleinen Blutung.“

Die Blutung wird zunächst durch Kompressionsdruck zum Stillstand gebracht. Es wird dann im rechten Unterbauch ein 10 mm-Trokar eingebracht und die Blutung mittels eines endoskopisch applizierten Clips gestillt. Im Operationsbericht heißt es wörtlich weiter: „Beckengefäße und andere leitende Strukturen sind unverletzt.“ Anschließend wird beschrieben, dass jetzt die linke Adnexe angehoben wurde. Das Ovar wird als insgesamt etwas vergrößert, aber nicht wesentlich auffällig beschrieben, so dass eine operative Maßnahme im Bereich des Ovars selber, wie zum Beispiel die Beseitigung der Ovarialzyste nicht erfolgt.

Der postoperative Verlauf war unauffällig. Am ersten postoperativen Tag lag der Hämoglobinwert bei 11,1 g%; der Aufnahmewert betrug

\* 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.

13,7 g%. Am 6. April wurde die Patientin aus der stationären Behandlung entlassen. Ihr wurde für den einweisenden Arzt ein von der Operateurin unterschriebener vorläufiger Arztbericht mitgegeben, in dem die Gefäßverletzung nicht erwähnt wird. Es wird lediglich mitgeteilt, dass eine diagnostische Laparoskopie stattgefunden habe. Die durchgeführte Adhäsiolyse wird ebenfalls nicht erwähnt. Auch die Patientin sowie das Arzt- und Pflegepersonal der Station wurden über die Gefäßverletzung nicht unterrichtet.

## Erneute Aufnahme in der Frauenklinik

Am Nachmittag des 7. April (Sonntag) traten starke Schmerzen im linken Unterleib auf, die am folgenden Tag durch den Frauenarzt zur Einweisung in die Frauenklinik führten. Die Aufnahmeuntersuchung beschreibt ein „oberflächliches Bauchdeckenhämatom, weich, Bauchdeckenschmerz linker Unterleib außerhalb des Hämatoms.“ Eine Abdomenübersichtsaufnahme zeigt eine ausgeprägte Irritation im Bereich des Dünndarms und Coprostaese. Blutuntersuchungen ergeben einen Hämoglobinwert von 11,5 g%.

Die behandelnden Ärzte, denen die Gefäßverletzung nicht bekannt war, führten die Beschwerden der Patientin auf Probleme beim Abführen zurück und verordneten laxierende Maßnahmen. Bei gebesserterem Allgemeinbefinden wurde die Patientin am 12. April aus der stationären Behandlung entlassen.

## Der weitere Verlauf

Am Nachmittag des 13. April trat eine rapide Zustandsverschlechterung ein; die Patientin musste sich übergeben, klagte über Schwindel und Druckgefühl in der Brust. Während der Fahrt in die nachbehandelnde (nicht beschuldigte) Klinik wurde sie ohnmächtig und erlitt Krampfanfälle. Bei der Aufnahme der bewusstlosen Patientin in der Klinik wurden zunächst Reanimationsmaßnahmen ergriffen. Der Hämoglobinwert lag bei 13,0 g%, am

Abend bei 12,4 g%. Im EKG zeigte sich Kammerflimmern, so dass mehrfache Defibrillationen unter weiterer externer Aufrechterhaltung des Blutkreislaufes durchgeführt werden. Unter der Verdachtsdiagnose einer fulminanten Lungenembolie wird mit einer Lysetherapie begonnen. Unter anhaltender Kardiokompression kam es im Verlauf zu tachykardem Eigenrhythmus und zu einer gewissen Stabilisierung. In der Folgezeit trat dann aber ein langsamer konsekutiver Abfall des Blutdrucks ein. Es gelang nicht, ihn zu stabilisieren. Unter maximaler Katecholamin-Therapie verstarb die Patientin in der Nacht zum 14. April.

## Obduktionsergebnis

Die am 17. April durchgeführte Obduktion ergab unter anderem Folgendes: In der freien Bauchhöhle fanden sich insgesamt 3.500 ml flüssiges Blut. Die Darmschlingen waren mäßig aufgebläht. In der Bauchhöhle zeigte sich linksseits in Höhe der äußeren Beckenschlagader ein etwa 1,5 cm großer rundlicher Defekt des Bauchfells mit zentraler Öffnung. Bei Ausstreichen der Beingefäße linksseitig in Richtung auf den Defekt entleerte sich aus der Öffnung flüssiges Blut.

Nach Sondierung und Eröffnung der linken äußeren Beckenschlagader wurde ein maximal 0,3 cm großer schlitzförmiger Wanddefekt erkennbar. In der Umgebung der Schlagader fand sich eine mäßig ausgedehnte Blutansammlung. Auch unterhalb des Bauchfells zeigte sich eine dunkelblau livide Hämatomverfärbung. Zwischen dem Wanddefekt der linken äußeren Beckenschlagader, der Einblutungshöhle unter dem Bauchfell links und dem Bauchfellddefekt bestand eine sondierbare Verbindung, die unmittelbar in die freie Bauchhöhle führte.

Blutgerinnsel in den Lungengefäßen werden nicht gefunden.

## Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission hat in dreifacher Hinsicht Stellung genommen:

- zur Frage nach der Indikation des Eingriffs,
- zum operationstechnischen Vorgehen,
- zur fehlenden Sicherungsaufklärung.

## Indikationsmangel

Die gynäkologische Aufnahmeuntersuchung hatte in keiner Beziehung einen pathologischen Befund ergeben. Die Zyste, die am 14. März noch deutlich größer dargestellt war, hatte sonographisch nur noch einen Umfang von 2,1 x 2,5 cm. Das Kriterium der Schrumpfung zeigte damit, dass es sich offensichtlich um eine funktionelle Zyste handelte, die in spontaner Rückbildung begriffen war und keine Beschwerden verursachte. Insgesamt ergab nach Auffassung der Gutachterkommission die Diagnostik keine Indikation für eine Bauchspiegelung. Die behandelnde Ärztin hätte sich im Übrigen, bevor sie eine solche Maßnahme in Erwägung zog, durch eine Rücksprache mit dem einweisenden Arzt ergänzend vergewissern sollen, wie sich die Situation vorher in der Praxis dargestellt hatte. Die Ärztin durfte keinesfalls unter den gegebenen Umständen eine Indikation bejahen. Die Patientin hätte noch am Aufnahmetag wieder entlassen werden müssen.

## Fehlerhafte Bauchspiegelung

Das operationstechnische Vorgehen hat die Gutachterkommission als fehlerhaft beurteilt. Die Operateurin hat eine monopolare Schere durch den Arbeitskanal des optischen Instrumentes eingeführt, ohne weiteres Zusatzinstrumentarium zur Absicherung ihrer Manipulation in der Bauchhöhle eingebracht zu haben. Diese Art des Vorgehens bewertet die Kommission als sehr gefährlich, wenn im Bereich der lin-

ken Beckenwand mit nur einem Instrument gearbeitet wird, das bei kleinsten Abweichungen schwere Verletzungen hervorrufen kann. Der Nachteil der hier verwendeten Winkeloptik liegt ferner darin, dass die optische Kontrolle stark begrenzt ist. Die Optik folgt der Bewegung des Arbeitsinstrumentes; dessen Zielrichtung ist praktisch nicht zu erkennen, da sie nur wenige Millimeter im Blickfeld liegt. Wird die zu durchtrennende Struktur – hier die wohl physiologische Verwachsung des Mesosigmoids mit der linken Beckenwand – nicht durch ein zusätzliches Instrument angehoben, angespannt und stabilisiert, so wird mit einem durch monopolaren Strom hochpotent schneidenden Instrument ohne Kontrolle gearbeitet. Das führt zu einem hohen Risiko der Gefäßverletzung, die hier dann auch eingetreten ist.

Die Operateurin hätte mindestens einen Zusatztrokar mit Taststab o. ä. in den Unterbauch einbringen müssen, um ein kontrolliertes Durchtrennen von Verwachsungen zu gewährleisten. Die Gutachterkommission hat deshalb die Gefäßverletzung als vorwerfbaren Behandlungsfehler gewertet.

Der Satz im Operationsbericht „Beckengefäße und andere leitende Strukturen sind unverletzt“ ist objektiv unrichtig. Die Obduktion zeigte, dass die linke äußere Beckenschlagader, die oberhalb des Eierstocks verläuft, offenbar durch die elektrische Schere verletzt wurde.

#### Fehlende Sicherungsaufklärung

Das Stationspersonal hätte gleich über diese Gefäßverletzung informiert werden müssen, um durch Vermerk im Pflegeprotokoll sicherzustellen, dass die Patientin wegen der intraoperativen Blutungskomplikation zusätzlich intensiv überwacht wurde. Die Unterrichtung über die Komplikation hätte ferner die Diagnostik für die stationäre Behandlung vom 7. bis 12. April unmittelbar beeinflusst.

Die Tatsache, dass auch die Patientin und der einweisende Frauenarzt nicht über die Gefäßverletzung informiert wurden, war von größter Bedeutung für die am 13. April in der nachbehandelnden Klinik getroffenen therapeutischen Maßnahmen.

Der dort in Unkenntnis der Gefäßverletzung gefasste Entschluss,

eine Thrombolysetherapie durchzuführen, war unter den gegebenen dramatischen Umständen, wie sie sich den Ärzten darstellten, situationsgerecht. Die Ursache des Kreislaufkollapses bei der Aufnahme war nach Auffassung der Kommission keine akute Blutung, wie der Hämoglobinwert von 13,0 g% zeigt. Das Beckenwandgefäß muss zu diesem Zeitpunkt noch verschlossen gewesen sein. Es sind dann mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die Lysetherapie das Blutgerinnsel im Bereich der Lungenstrombahn und auch das Blutgerinnsel, das im Bereich des verletzten Beckenwandgefäßes zusätzlich zu dem Clip vorhanden gewesen sein muss, beseitigt worden. So ist es sekundär zu einer erneuten Blutung in den Bauchraum gekommen mit der Folge, dass nach ursprünglicher Stabilisierung des Kreislaufes ein nicht mehr therapierbares Absinken des Blutdrucks eintrat.

Die mangelnde Kenntnis der Ärzte von der Gefäßverletzung führte zudem dazu, dass sie einen möglicherweise das Leben rettenden operativen Eingriff unterließen, auch wenn die Erfolgchance relativ gering war.

*Unseren Leserinnen und Lesern  
wünschen die Redaktion und der Verlag  
ein friedvolles Weihnachtsfest  
und einen frohen und erfolgreichen Start  
in das Jahr 2005.*