

# Fehler und Gefahren bei Schilddrüsenoperationen

Von Hans-Dietrich Röher, Beate Weber und Ulrich Smentkowski

Im letzten Jahrzehnt sind Komplikationen und damit das Risiko von Schilddrüsenoperationen deutlich zurückgegangen. Als immerhin vierthäufigste allgemeinchirurgische Operation ist sie im Gesamtentscheidungskollektiv der Gutachterkommission nur mit 1 Prozent vertreten (siehe Tabelle 1 unten). Jeder vierte Behandlungsfehlervorwurf wurde zu Gunsten des Antragstellers positiv beschieden bei einer Gesamtanerkennungsrate von etwa 33 Prozent (1997–2006).

## Indikationsstellung

Die Indikationsstellung zur operativen Behandlung stützt sich im Allgemeinen auf eine vorbildliche und ausgewogene interdisziplinäre Abstimmung beteiligter Fachdisziplinen, wie Allgemein- und Innere Medizin, Endokrinologie, Nuklearmedizin, Pathologie und schließlich der Chirurgie. Dazu zählen die knotige Kropfbildung Grad II – III ohne, vor allem aber mit mechanischer Beeinträchtigung (Atemnot), die medikamentös nicht kontrollierbare Überfunktion auf Grundlage eines Morbus Basedow mit größerer Struma (größer als 50 ml) oder junger Patienten, die thyreoidale Autonomie mit ähnlichen Merkmalen, schließlich der „kalte Knoten“ als Karzinomverdacht oder die manifeste Malignomkrankung.

Der Patient hat Anspruch auf Information und Aufklärung über gegebenenfalls die Verfügbarkeit und die Erfolgsaussichten echter alternativer Behandlungsmög-

lichkeiten sowie über Komplikationsgefahren, wie beispielsweise eine Stimmbandnervenverletzung (Nervus recurrens-Parese) oder einen Nebenschilddrüsenfunktionsverlust (Tetanie). Eine Auflistung der bei der Gutachterkommission erhobenen Vorwürfe und anerkannten Behandlungsfehler zeigt die Tabelle 2 (siehe Seite 23).

## Fall 1

Bei einer 30-jährigen Patientin mit mechanischer Beeinträchtigung wurde durch Untersuchung (Sonographie, Szintigraphie, Hormonbestimmung i. s.) die Diagnose einer Struma multinodosa Grad III mit euthyreoter Stoffwechsellage gestellt und eine operative Behandlung empfohlen. Nach ambulanter chirurgischer Voruntersuchung und Indikationsbestätigung erfolgten die regelhafte Operationsaufklärung und die Veranlassung einer präoperativen HNO-ärztlichen Befunderhebung einer intakten Stimmbandfunktion. Die Operation wird bezeichnet als beiderseitige subtotale Struma-Resektion und wird fachärztlich ausgeführt (Resektat links 64 Gramm, rechts 75 Gramm). Nachoperativ ergibt die anästhesiologische Überprüfung zunächst eine freie Stimmbandbeweglichkeit. Wegen einsetzender Atemnot wird kurzfristig die Reintubation erforderlich. Ein HNO-ärztliches Konsil an je zwei Folgetagen stellt eine vollständige Stimmbandlähmung links und eine Minderbeweglichkeit rechts fest. Bei ausgeprägter Heiserkeit war die Atmung leidlich kompensiert. Die Entlassung erfolgte mit Thyroxin-Medikation und der Verordnung von Logopädie am zehnten Tag.

Der Operationsbericht schildert die Präparation des Kropfes mit üblichen Gefäßunterbindungen, dann „Setzen der Pean-Klemmen in die Kapsel, subtotale Resektion unter Mitnahme aller Knoten und Schonung des Verlaufes des Nervus laryngeus recurrens – kleine Knoten werden intrakapsulär entfernt“. Eine detaillierte, nachvollziehbare Schilderung der präparatorischen Freilegung und Identifizierung des Stimmbandnerven auf jeder Seite und dessen Sichtkontrolle auf Unversehrtheit bei der

Resektion erfolgt nicht. Das Gleiche gilt für die Identifizierung der Nebenschilddrüsen. Angesichts fortbestehender Stimm- und Atmungsbeeinträchtigung mit fachärztlicherseits langfristig bestätigtem unveränderten Befund einer linksseitigen Nervus recurrens-Parese und rechtsseitiger Stimmbandminderbeweglichkeit wurde bezüglich der Folgen ein Behandlungsfehlervorwurf erhoben.

Die Kommission hat den Vorwurf anerkannt und begründet, dass der Dokumentationsmangel im Operationsprotokoll nicht gestattet, die Ausführung des Eingriffes mit gebotener Sorgfalt – also mit Nervendarstellung und Sichtkontrolle – anzuerkennen, womit gültige Regeln zur Schadensvermeidung nicht beachtet wurden.

## Fall 2

Bei einem 46 Jahre alten Mann wurde nuklearmedizinischerseits eine Knotenstruma von 110 ml mit multifokaler Autonomie und latenter Hyperthyreose diagnostiziert. Es erfolgte die Überweisung an eine HNO-ärztliche Klinikabteilung zur Operation, die als linksseitige Totalentfernung und rechtsseitige subtotale Resektion ausgeführt wurde. Das pathologisch-histologische Untersuchungsergebnis ergab linksseitig ein 0,57 mm im Durchmesser großes follikulär strukturiertes papilläres Schilddrüsenkarzinom. Dieser Befund veranlasste zur Nachoperation zwecks Entfernung des kleinen rechtsseits belassenen Drüsenrestes und nachfolgend zur Empfehlung ergänzender Radio-Jod-Behandlung. Bei einer späteren Kontrollszintigraphie mit sonographischer Bestätigung fand sich ein etwa 13 ml großer Drüsenrest rechts, weswegen eine erfolgreiche <sup>131</sup>Jod-Eliminierungstherapie ausgeschlossen war. Der auf dringenden Patientenwunsch anderenorts durchgeführte zweite Wiederholungseingriff zur Vervollständigung wurde wegen des risikoreich komplikationsbedrohten Lokalbefundes abgebrochen.

Der Vorwurf des Patienten eines Behandlungsfehlers bei der zweiten Operation wurde durch eine Kommissionsentscheidung bestätigt. Als Begründung für die Anerkennung eines Behandlungsfehlers wurde darauf verwiesen, dass bei einem papillären Mikrokarzinom nach übereinstimmender Überzeugung der beteiligten Fachgesellschaften eine Lobektomie der betroffenen Seite beziehungsweise

**Tabelle 1**  
Gutachterkommission Nordrhein  
2002 – 2007

Verfahren insgesamt	8.136	100 %
Vorwurf: Fehler im Rahmen einer Schilddrüsen-Operation	80	1 %
davon: festgestellte Behandlungsfehler	19	24 %

se eine beidseitige subtotale Resektion zur Gewährleistung der radikalen Entfernung eines solchen histologischen Zufallsbefundes vollauf ausreichend und eine Radi-

kalitätsausweitung durch Reoperation unnötig ist. Des Weiteren hatte die Wiederholungsoperation zur vollständigen Entfernung der Restschilddrüse rechts gemäß

szintigraphischem und sonographischem Kontrollbefund mit einem noch immer nachweisbaren Drüsenrest von circa 13 ml ihr Behandlungsziel verfehlt.

**Tabelle 2**  
**Beklagte Komplikationen und Haftung bei vorgeworfenen Schilddrüsenoperationen der abgeschlossenen Begutachtungsverfahren der Jahre 2002 bis 2007**

Zeitraum 1.1.2002 – 31.12.2007	absolut	in % v. n	BF* bejaht	Haftung	
				bejaht	in % v. Sp.2
Vorwürfe zu Schilddrüsenoperationen	80	100,0	19	19	24,0
davon**					
Rekurrensparese	54	67,5	15	14	26,0
- einseitig	33	41,3	6	6	18,2
- beidseitig	21	26,3	9	8	38,1
Andere Nervenläsion (Horner-Syndrom, Plexusläsion, Hypoästhesie)	4	5,0	/	/	/
Kalziummangelsyndrom	17	21,3	4	3	17,6
Rev.-OP	7	8,8	3	3	42,9
Nachblutung/Hämatom	5	6,3	/	/	/
Belassenes Gewebe/Rezidiv	4	5,0	2	2	50,0
Narbenprobleme	4	5,0	/	/	/
Infektion mit Folgen	3	3,8	1	1	33,3
Kardiale Rhythmusstörungen	2	2,5	/	/	/
Erdulden der unnötigen OP	1	1,3	1	1	100,0
Therapieverzögerung p. o.	1	1,3	1	1	100,0
Ösophagusläsion bei Tumorinfiltration	1	1,3	/	/	/
Tiefe Venenthrombose	1	1,3	/	/	/

\* BF = Behandlungsfehler  
 \*\* Mehrfachnennung

### Fazit

Die Indikation zu operativer Behandlung sollte heute mit konsequenter Vordiagnostik und multidisziplinärer Abstimmung (eventuell Zweitmeinung) erfolgen. Eine Aufklärung über Behandlungsrisiken muss problemgerecht und vollständig einschließlich der Erfolgsaussichten alternativer Behandlungsmöglichkeiten wahrgenommen werden. Chirurgischerseits ist ein nachvollziehbares Operationsprotokoll gefordert, das den sichtkontrollierten Umgang mit verletzungsgefährdeten Strukturen, wie Stimmbandnerven und Nebenschilddrüsen zur Schadensabwendung belegt. Der Einsatz des Neuromonitoring hat lediglich einen Empfehlungscharakter und ist deshalb keine obligate Forderung. Sein nutzbringender Einsatz bei radikalen oder Wiederholungsoperationen ist belegt. Erforderliche nachoperative Kontrolluntersuchungen und ergänzende Behandlungsempfehlungen sollten besprochen und im Abschlussbericht ausgeführt werden.

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans-Dietrich Röher** ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, **Dr. med. Beate Weber** und **Ulrich Smentkowski**, Geschäftsstelle der Gutachterkommission



**Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein**

### „Fortbildungsveranstaltung: Verordnungssicherheit Teil 4 „Fünf Medikamente – mehr braucht kein Patient?!“

Mittwoch, 14. Januar 2009, 16.00 – 19.30 Uhr, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

**Moderation:**

Dr. med. Dirk Mecking,  
 Vorsitzender des Gemeinsamen Ausschusses des IQN

**Begrenzte Teilnehmerzahl**

**Anmeldung erforderlich unter:** E-Mail: [iqn@aekno.de](mailto:iqn@aekno.de)

**Zertifiziert:** wird beantragt

**Rückfragen unter:**

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein  
 Geschäftsführerin: Dr. med. Martina Levartz, MPH  
 Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
 Tel.: (49) 0211/43 02-1571, Fax: (49) 0211/43 02-18571

**IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein**

Eine Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein