

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 Verschluss-muskel der Speiseröhre. Sie bedarf einer sorgfältig zu prüfenden Indikation. Vorrang hat ein konsequenter medikamentöser Behandlungs-versuch. Bei erheblichen Verwach-sungen aufgrund früherer Operatio-nen sollte ein endoskopisch durch-geführter Eingriff vermieden wer-den, wenn nicht besondere Erfah-rungen bei der Behandlung solcher Komplikationen vorliegen.

Die Gutachterkommission hatte kürzlich den nachfolgenden Vor-gang zu beurteilen. Aus den Kran-kenunterlagen der vor- und nachbe-handelnden Ärzten sowie der be-schuldigten 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 Verwachungen (vor längerer Zeit), eine Hashimoto-Strumitis, ein chronisches Wirbelsäulensyndrom mit Zustand nach Stabilisierungs-operation, eine koronare Herzer-krankung und eine Hypothyreose.

Die in der Gemeinschaftspraxis durchgeführte Oesophago-Gastro-

skopie zeigte eine unauffällige Oe-sophaguspassage. In der Beurtei-lung heißt es unter anderem:

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

Am 27. November wurde eine Röntgenuntersuchung von Oeso-phagus, Magen und Duodenum in Doppelkontrasttechnik durchge-führt. Sie ergab folgenden Befund:

1. Unauffälliger Kontrastmittelbe-schlag des Oesophagus mit rascher Kontrastmittelpassage aus dem Oe-sophagus in den Magen.
2. In Kopftieflage nach röntgenolo-gischen Kriterien nur diskreter Reflux bei kleiner axialer Hiatus-hernie.
3. Soweit bei Immobilität beurteil-bar, unauffälliger Kontrastmittel-beschlag des Magens und des Bul-bus 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 Oesophagusmanome-trie ergab sich ein eindeutig defek-ter unterer Sphinkter mit einem Druck von 2,4 mm Hg und eine ab-dominelle Länge von 1 cm. Die Mo-torik der tubulären Speiseröhre war mit Kontraktionswellen von 40 - 50 mm Hg im mittleren Speiseröhren-

drittel unauffällig. Bei entsprechen-der klinischer Befundkonstellation und endoskopischen Verhältnissen wäre die Patientin daher durchaus eine Kandidatin für eine laparosko-pische Fundoplicatio ...“.

Unter der Diagnose „gastro-oe-sophageale Refluxkrankheit, patho-logisch erhöhter De Meester-Score“, wurde am 7. Januar in der be-schuldigten Chirurgischen Klinik ei-ne laparoskopische 360° Fundopli-catio (nach Nissen-Rosetti) durch-geführt. Nach den Unterlagen dau-erte 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 ge-nommen, worüber die Ärzte infor-miert worden seien.

Nach entsprechender Aufklä-rung hatte die Patientin am 6. Janu-ar ihr Einverständnis zur Operation (endoskopische Manschettenbil-dung des Magens und der Speise-röhre) erteilt. Unter dem 6. Januar wurde auch eine Einwilligung in ei-nen Eingriff an Gallenblase und Gallengängen vermerkt, der aber nicht erfolgt ist. Als mögliche Kom-plikationen wurden Blutung, Ent-zündung, Gefäß-/Nervenverletzung angegeben. Im postoperativen Ver-ordnungsbogen heißt es unter Ope-ration: „Fundoplicatio/Cholecyst-ektomie (endoskopisch)“. Letztere ist zu dieser Zeit nicht durchgeführt worden. Im „Sofort-Informations-bogen“ vom 7. Januar ist u. a. ein-getragen: „Leberblutung (Tabo-

* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Be-handlungsfehler 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 Manschettenbereich, 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 aufschiebbare 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

