

Aus der Praxis der Norddeutschen Schlichtungsstelle

Fehlgeleitete untere Hohlvene beim Verschuß eines Vorhofseptumdefektes

(Prof. Dr. med. K. Leitz)

Der Verschuß eines Vorhofseptumdefektes stellt mit den Methoden der modernen Herzchirurgie eigentlich kein Problem mehr dar. Doch kann die intraatriale Beurteilung der Anatomie zu Fehleinschätzungen führen mit verheerenden Konsequenzen für den Patienten, wie folgender Fall zeigt:

Wegen eines Vorhofseptumdefektes vom Foramen-ovale-Typ wurde ein 16-jähriger Patient im Juli 1991 operiert. Nach der Operation war der Patient nicht belastbar, so daß er seine Lehre als Koch abbrechen mußte. Auch Herausforderungen in anderen Stellen fühlte sich der Patient nicht gewachsen. Schließlich verpflichtete er sich bei der Bundeswehr für 23 Monate freiwillig. Doch auch hier war er nur eingeschränkt belastbar, da das durchgeführte Belastungs-EKG wegen Erschöpfung abgebrochen werden mußte.

Im Juni 2004 wurde der Patient zu einem niedergelassenen Kardiologen überwiesen, der eine Sauerstoffsättigung von 89 % feststellte und den Patienten in eine Kardiologische Abteilung überwies. Dort wurde die in das linke Atrium fehlgeleitete Vena cava inferior erkannt und die Indikation zur Re-Operation gestellt. Ausdruck der chronischen Sauerstoffuntersättigung waren die beginnenden Trommelschlegelfinger und die Uhrglasnägel an Händen und Füßen.

Im Juli 2004 wurde die Re-Operation durchgeführt, bei der die intraatriale Kommunikation revidiert wurde.

Neben der Frage eines Behandlungsfehlers bei der Erstoperation 1991 soll die Frage eines in der Zeit von 1991 bis 2004 entstandenen Dauerschadens beantwortet werden. Auch werden Antworten hinsichtlich einer Beeinträchtigung in die Zukunft hinein erwartet.

Der externe Gutachter kam zu folgender Bewertung:

1. Bei der Operation im Juli 1991 sei fehlerhaft das Blut der unteren Körperhälfte aus der Vena cava inferior in den linken Vorhof umgeleitet worden. Man habe versäumt, die intraatriale Anatomie und damit die exakte Einmündung der oberen und unteren Hohlvene sowie die genaue Lokalisation und Ausdehnung der intraatrialen Kommunikation zu überprüfen.
2. Für den Gutachter bleibe es unverständlich, daß bei dem Patienten all die Jahre trotz massiver Einschränkung keine befriedigende Diagnose gestellt wurde. Eigentlich hätte bei der Abschlußechokardiographie der Fehler erkannt werden müssen, spätestens aber bei Abbruch der Belastung von 50 bis 100 Watt bei dem niedergelassenen Kinderkardiologen, wo es zu Kräfteversagen, Dyspnoe und leichter Zyanose kam. Hier hätte eine weiterführende Diagnose eingeleitet werden müssen.
3. Der Fehler hätte bei sorgfältigem Vorgehen vermieden werden können.
4. Bei korrektem Verschuß einer intraatrialen Kommunikation seien Patienten normalerweise zeitlebens ohne jede Einschränkung ihrer Belastbarkeit und hätten eine normale Lebenserwartung. Eine ähnliche Prävalenz für das Auftreten von Rhythmusstörungen bei operierten wie auch bei nicht operierten Patienten mit einem Vorhofseptumdefekt sei beschrieben. Die Größe der rechtsseitigen Herzhöhlen nehme in der Regel mit dem Verschuß eines Vorhofseptumdefektes ab. Es seien keine Dauerschäden oder Spätfolgen für den Patienten entstanden.

Die Schlichtungsstelle schloß sich den gutachterlichen Erwägungen an.

Während der Einnahm des den Vorhof verschließenden Patch müssen die Pulmonalvenen, eventuell auch abnormal mündende, im Auge behalten werden, sie müssen linksseitig münden, aber auch die Mündungsöffnung der Vena cava inferior, die auf der rechten Vorhofseite bleiben muß, ist zu beachten. Intraoperative Echokontrollen sollten immer durchgeführt werden.

Schlichtungsstelle: fb07-07

Die Fehlumleitung der unteren Hohlvene in den linken Vorhof machte eine zweite Operation notwendig. Die Beschwerden des Patienten bis zu dieser Operation sind als fehlerbedingt zu bewerten. Auch hinsichtlich der Dauerschäden folgte die Schlichtungsstelle dem Gutachter. Die starke Vernarbung und die leichte Trikuspidalinsuffizienz sind keine gravierenden Schäden und beeinflussen generell die gute Prognose nicht. Ein Dauerschaden ist nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit nachweisbar und zu erwarten. Die Schlichtungsstelle hielt Schadenersatzansprüche im oben genannten Rahmen für begründet.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. K. Leitz
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 07/2007

[zurück zur Übersicht](#)