

## Kasuistik

Eine 71-jährige Patientin unterzog sich wegen einer sturzbedingten Ruptur des Musculus supraspinatus einer Operation an ihrer rechten Schulter. Für die Operation hatte sie eine Allgemein- und eine Regionalanästhesie bzw. -analgesie (interskalenäre Plexusblockade) rechts erhalten. Die tracheale Intubation am Beginn der Narkose wurde als unerwartet schwierig wegen einer tief- u. ventralliegenden und vom Kehledeckel bedeckten Glottis beschrieben.

Der Tubus konnte mit einem McCoy-Kehlkopfspatel - er ist an seiner Spitze abwinkelbar - und Druck von außen auf die Cartilago cricoidea eingeführt werden. Zusätzlich zu diesen beiden Maßnahmen wurden auch ein Führungsstab und ein starres Intubationsendoskop nach Bonfils benutzt.

Unmittelbar ostoperativ wurden bei der Patientin u. a. Heiserkeit, Schluckbeschwerden und eine Schwellung an ihrer rechten Halsseite festgestellt. Am ersten postoperativen Tag klagte die Patientin über starke Schluckbeschwerden, Heiserkeit und Halsschmerzen und eine Schwellung ihrer rechten Halsseite.

Drei Tage später wurden computertomografisch als Ursache der rechtsseitigen Halsschwellung ein Weichteilemphysem und eine Mediastinitis festgestellt. Eine Verletzung der Trachea bzw. des Ösophagus waren nicht nachweisbar. Am Tag der CT-Untersuchung wurde auch eine Ösophagoskopie durchgeführt, wobei eine Verletzung auch hier nicht festgestellt werden konnte. Die Konzentration der Leukozyten und des CRP waren gering erhöht. In einer am zweiten postoperativen Tag durchgeführten HNO-ärztlichen Untersuchung konnten keine Verletzungen des Rachens und Kehlkopfs der Patientin festgestellt werden.

Fünf Tage nach der Operation wurde die Patientin unter der Diagnose einer Brustkorbinfektion in eine Universitätsklinik verlegt. Dort wurde intraoperativ eine „nicht mehr frische, fibrinös-eitrige Weichgewebsentzündung“ im Bereich der Halsmuskulatur, des Mediastinums, vor der Wirbelsäule, paratracheal und prätracheal ein Abszess festgestellt. Es bestand eine rechtsseitige

[www.schlichtungsstelle.de](http://www.schlichtungsstelle.de)  
[info@schlichtungsstelle.de](mailto:info@schlichtungsstelle.de)

**Schlichtungsstelle  
für Arzthaftpflichtfragen  
der norddeutschen  
Ärztekammern GbR**  
Hans-Böckler-Allee 3  
30173 Hannover

Telefon:  
+49 511 / 380 -2416 oder  
+49 511 / 380 -2420

Stimmbandlähmung.

## **Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen**

Die Patientin sieht als Ursache der Komplikationen eine fehlerhaft durchgeführte tracheale Intubation. Auch sei nicht zeitgerecht auf ihre Beschwerden reagiert worden.

## **Stellungnahme Krankenhaus**

Seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wurde ausgeführt, dass der Verlauf der Behandlung „unschön und sicherlich nicht fehlerfrei“ gewesen sei. Die Dokumentation ergebe aber, dass man auf die Beschwerden der Patientin eingegangen sei und dass verschiedene Untersuchungen stattgefunden hätten.

## **Gutachten**

Der Gutachter, Facharzt für Anästhesiologie, hat keine Behandlungsfehler festgestellt. Auch wenn die Platzierung des Tubus sich unerwartet schwierig gestaltet habe, sei sie aber problemlos mit einem speziellen Kehlkopfspatel bewerkstelligt worden. Begründet wird dies damit, dass im Anästhesieprotokoll keine weiteren Besonderheiten vermerkt wurden.

Die bei der Patientin aufgetretenen Symptome wie Schwächegefühl, Kurzatmigkeit, Husten und Stimmveränderung sprächen ebenso wie die rechtsseitige Stimmbandlähmung nicht für Fehler bei der Durchführung beider Anästhesieverfahren. Auf die postoperativ aufgetretenen Beschwerden sei sach-, fach- und zeitgerecht reagiert worden.

## **Entscheidung der Schlichtungsstelle**

Die Schlichtungsstelle konnte sich dem Gutachten aus folgenden Gründen nicht anschließen:

Die bei der Patientin „unerwartet schwierig“ aufgetretene tracheale Intubation führte dazu, dass für die indizierte tracheale Intubation Spezialinstrumente zu ihrer Bewältigung verwendet wurden. Neben einem üblicherweise verwendeten Spatel wurde ein mit einer besonderen Funktion ausgestatteter Spatel (McCoy), ein Führungsstab und das starre Intubationsendoskop nach Bonfils - im Anästhesieausweis als Fiberoptik beschrieben - zur Beherrschung der schwierigen trachealen Intubation benutzt. Hinzuzufügen ist, dass die Patientin einen flexiblen Spiraltubus (Woodbridge) erhalten hat. Zu seiner Intubation kann ein Führungsstab verwendet werden.

Alternativ kann er über das bei der Patientin verwendete Intubationsendoskop gezogen und so unter Sicht in die Luftröhre eingeführt werden.

Wie vorliegend verfahren worden ist, ist weder dem Anästhesieprotokoll noch dem am Operationstag ausgestellten Anästhesieausweis zu entnehmen. Es hätte aber dokumentiert werden müssen, mit welchem Hilfsmittel - Führungsstab, Intubationsendoskop - und wie das bzw. die Hilfsmittel verwendet worden sind und wie viele Intubationsversuche benötigt wurden. Gerade aufgrund der Schwierigkeit bei der Beherrschung der schwierigen Intubation hätte dies detailliert dargestellt werden müssen. Auch die Position des Führungsstabs - unterstellt, er wurde benutzt - im Woodbridge-Tubus hätte dokumentiert werden müssen. Dass der Führungsdraht hier nicht aus der Tubusspitze herausragte, lässt sich der Dokumentation nicht entnehmen.

Auf die Beschwerden der Patientin wurde weder fach- noch zeitgerecht reagiert. Von dem Gutachter wurden als typische Komplikationen einer trachealen Intubation zutreffender Weise Heiserkeit und Schluckbeschwerden genannt. Eine nach außen sichtbare Schwellung am Hals stellt dagegen keine typische Komplikation einer trachealen Intubation dar. Die Ursache dieses Befunds hätten die behandelnden Ärzte am ersten postoperativen Tag und nicht drei Tage später klären müssen.

Aus der Sicht ex ante hätte die Schwellung am Hals durch einen Bluterguss, eine Ansammlung von Flüssigkeit (Lokalanästhetikum) und Luft, aber auch durch die Operation und Lagerung verursacht worden sein können. Den Unterlagen ist nicht zu entnehmen, dass die Patientin körperlich untersucht worden wäre. Hätte es sich z. B. um eine Luftansammlung an der rechten Halsseite gehandelt, hätte dies durch Betasten der geschwollenen Halsseite festgestellt werden können. Damit hätte ein Befunderhebungsfehler vorgelegen, der in den meisten Fällen zu einer Beweislastumkehr führt. Die Voraussetzungen für eine Beweislastumkehr sind im vorliegenden Fall jedoch nicht erfüllt, da nicht überwiegend und damit hinreichend wahrscheinlich ist, dass bei Durchführung der gebotenen Diagnostik ein reaktionspflichtiger Befund zu erwarten war. Denn auch in der Computertomographie und in der Ösophagoskopie konnte eine Verletzung der Speiseröhre nicht diagnostiziert werden.

Für die Schlichtungsstelle belegt die Verletzung der Speiseröhre der Patientin eine fehlerhafte Intubation. Mit dem Intubationsendoskop - ggf. in Kombination mit einem McCoy-Spatel - ist eine tracheale Positionierung des Tubus möglich. Bei diesem Vorgehen wäre es nicht zu einer Verletzung des Ösophagus gekommen und es hätten sich

auch kein Weichteilemphysen und keine Mediastinitis entwickelt. Aufgrund der unzureichenden Dokumentation kann sich die Arztseite auch nicht exkulpieren.

## Fazit

Dieser Fall wurde gewählt, um aufzuzeigen, wie wichtig auch für einen ärztlichen Gutachter Grundkenntnisse über die Beweisregeln im Arzthaftungsrecht sind. Durch die medicolegale Bewertung kann es zu Abweichungen vom Gutachten kommen, da die Schlichtungsstelle nicht an die Bewertung des Gutachters gebunden ist. Im vorliegenden Fall bestanden Dokumentationsmängel. Wenn es zu Komplikationen bei einer medizinischen Maßnahme kommt, ist über das übliche Maß hinaus zu dokumentieren, damit für die weitere Behandlung die notwendigen Informationen vorliegen. Es stellt sich also die Frage, ob eine umfangreichere intraoperative Darstellung die weiter behandelnden Ärzte nicht alarmiert hätten und so der Schaden durch früheres Handeln hätte minimiert werden können.

Die Kombination von Regionalanästhesie und Allgemeinanästhesie kann in bestimmten Fällen, zu denen dieser zählte, günstig sein. Auf diese Weise kann der Bedarf an Narkosemitteln gesenkt werden, die Aufwachphase verkürzt sein und eine schmerzfreie Zeit für einige Stunden nach der Operation erreicht werden.