

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 5/2016

Kasuistik

Bei einer Patientin wurde wegen seit drei bis vier Wochen bestehender Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein und nachfolgender konservativer Therapie eine MRT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) am 1. August durchgeführt. Hierbei zeigte sich eine Höhen- und Signalminderung der Bandscheibe bei LW4/5 mit Ausbildung einer kräftigen medialen subligamentären Bandscheibenvorwölbung im Sinne eines subligamentären medialen Bandscheibenvorfalles, der den Duraschlauch und die Nervenwurzelabgänge L5 beidseits deutlich pelottierte. Drei Wochen später wurde die Patientin von einem Neurochirurgen untersucht mit der Diagnose „Massenprolaps LW4/5 rechts“. Bei der Untersuchung bestand ein rechts positives Trendelenburgzeichen. Daraufhin befand sie sich in stationärer Behandlung und wurde von dem Neurochirurgen am 5. September operiert.

Im Operationsbericht wurde zu Beginn notiert, dass die Patientin in Knie-Brust-Lagerung operiert wurde und eine Nadelmarkierung und Röntgenkontrolle erfolgte. Unter mikroskopischer Sicht erfolgten nach interlaminärer Fensterung ein stumpfes Aufdrängen des subligamentären Bandscheibenvorfalles mit dem Dissektor und Ausräumen des Zwischenwirbelraums sowie Neurolyse L5 rechts. Laut Entlassungsbericht war der postoperative Verlauf unkompliziert. Daran schloss sich eine Anschlussheilbehandlung an. Bei Aufnahme bestanden Schmerzen im rechten Oberschenkel verbunden mit nächtlichen Krämpfen sowie Kribbelparästhesien, keine Paresen, PSR rechts nicht sicher auslösbar, Lasègue beidseits negativ. Der Abschlussbefund war unverändert.

Am 20. Oktober erfolgte eine Wiedervorstellung bei dem Neurochirurgen. Von ihm wurde eine starke Schmerzsymptomatik lumbosakral ohne neurologisches Defizit beschrieben. Am 9. November erfolgte eine MRT-Kontrolle der LWS. Die Beurteilung lautete: „Zustand nach Bandscheiben-OP in Höhe LW3/4. Deutliche Anhebung des hinteren Längsbandes bei LW4/5 mit Nachweis eines ausgedehnten dorsomedianen subligamentären Bandscheibenvorfalles und deutlicher Bedrängung der ventralen Duraschlauchkontur und

www.schlichtungsstelle.de
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

Einengung der Neuroforamina beidseits“. Am 25. November erfolgte laut Eintragung in der Karteikarte des Neurochirurgen eine Auswertung des MRT vom 9. November. Es wurde notiert, dass die Patientin nicht noch einmal operiert werden möchte, es gehe ihr wieder besser.

Am 14. Februar des Folgejahrs wurde die Patientin im Segment LW4/5 rechts in einer anderen Neurochirurgischen Klinik operiert. Bei Aufnahme bestanden keine Lähmungen oder sensiblen Ausfälle. Der rechtsseitige Lasègue war endgradig positiv. Postoperativ bestanden keine neurologischen Defizite, die Schmerzsymptomatik war regredient.

Im März erfolgte eine dreiwöchige erneute stationäre Rehabilitationsbehandlung. Bei der Abschlussuntersuchung gab die Patientin noch Schmerzen im LWS-Bereich an. Es bestanden noch Kribbelparästhesien im Fußsohlenbereich, PSR und ASR waren seitengleich gut auslösbar, Lasègue beidseits negativ.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin beanstandet, dass eine Operation LW3/4 am 5. September medizinisch nicht indiziert gewesen sei. Zudem sei sie ohne Einwilligung erfolgt. Die beabsichtigte Entfernung des Bandscheibenvorfalls LW4/5 sei weiterhin ohne eine klare neurologische Ausfallsymptomatik erfolgt, weshalb die Operation auch bei richtiger Etage medizinisch jedenfalls nicht indiziert gewesen sei. Zudem sei die Patientin über Alternativen, Risiken und andere Behandlungsmethoden nicht aufgeklärt worden. Die sich seinerzeit darstellenden Wirbelsäulenveränderungen seien konservativ behandelbar gewesen. Die durchgeführte Operation sei nicht lege artis erfolgt, da unmittelbar vor Eröffnung des gelben Bands keine Röntgenkontrolle erfolgt sei und auch intraoperativ eine bildgebende Diagnostik hätte erfolgen müssen, gerade wenn sich Befunde während der Operation als unschlüssig darstellen würden. Danach hätte eine postoperative Röntgenkontrolle zu erfolgen. Es wurde ein für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erstattetes Gutachten vorgelegt, welches einen Behandlungsfehler feststellt. Es habe nur eine relative Indikation bestanden und es seien keine intra- und postoperativen Röntgenkontrollen vorgenommen worden.

Stellungnahme des Neurochirurgen

Der Arzt erwidert, es habe eine relative Operationsindikation vorgelegen. Bei der in Knie-Brust-Lagerung durchgeführten mikrochirurgischen Bandscheibenoperation sei die Verifizierung der anzugehenden Höhe durch präoperative Röntgenkontrolle in

Operationslagerung und Narkose erfolgt. Er habe sich zur Operation der am Beckenkamm nächstgelegenen Etage entschlossen. „Zur Sicherheit“ sei vor Eröffnung des gelben Bands digital ausgetastet worden. In der angegangenen Höhe habe sich kein freier Bandscheibenvorfall befunden. Eine Bandscheibeninhaltsentleerung sei aber auch anhand des MRT nicht zu erwarten gewesen. Aus diesem Grunde sei die Bandscheibe in üblicher Weise mikrochirurgisch ausgeräumt und der operative Eingriff ohne Störung beendet worden. Der gute postoperative Verlauf habe ihn bestärkt, dass die richtige Pathologie angegangen worden sei. Laut Literaturangaben würden Höhenprobleme bei mikrochirurgischen Operationen in 0,5 bis 5 Prozent angegeben. Es sei nicht der Fall, dass eine intraoperative Röntgenuntersuchung obligat vor Eröffnung des gelben Bands zu erfolgen habe. Eine entsprechende Leitlinie würde nicht existieren und auch den Prinzipien der Strahlenhygiene widersprechen. Beides gelte auch für die postulierte postoperative Röntgenkontrolle.

Gutachten

Der beauftragte Gutachter, Facharzt für Neurochirurgie, ist der Auffassung, dass die Operation am 5. September aufgrund der Massivität des neuroradiologischen Befunds mit therapieresistenten Beschwerden indiziert gewesen sei. Durch die massive Quetschung der Dura hätten weitere neurologische Störungen bis hin zum Kauda equina-Syndrom gedroht. Allerdings sei die Operation nach Art und Umfang nicht fachgerecht durchgeführt worden. Fehlerhaft sei intraoperativ nicht eine Höhengsicherung an der Lendenwirbelsäule vorgenommen worden. Es sei unklar, warum angesichts des deutlichen Bandscheibenvorfalles im Sinne eines Massenprolapses intraoperativ nicht die nötigen Konsequenzen gezogen worden seien. Hierbei würde die richtig adressierte Operationshöhe durch die Massivität des Befunds bestätigt werden. Wenn man kein entsprechendes pathologisches Korrelat finden würde, müsse intraoperativ die Höhe mittels Durchleuchtung überprüft werden. Die Fehleinschätzung sei allerdings begünstigt worden durch die lumbosakrale Übergangsstörung, wenn man sich intraoperativ lediglich auf den Tastbefund zur Bewertung der Segmenthöhe verlassen würde. Diese Übergangsstörung sei anhand der präoperativ durchgeführten konventionellen Bildgebung der LWS in zwei Ebenen erkennbar. Die Operation einer falschen Bandscheibenhöhe sei vermeidbar, wenn man die konventionelle präoperative Röntgendiagnostik berücksichtigen, intraoperativ Diskrepanzen zur Bildgebung korrekt einschätzen und eine intraoperative Höhengsicherung mittels Durchleuchtung vornehmen würde, was im vorliegenden Fall unterlassen worden sei. Insofern sei von einem vermeidbaren Fehler auszugehen.

Bei richtigem ärztlichem Handeln wäre eine Besserung der Beschwerden zu erwarten gewesen. Postoperativ sei es zu einer deutlichen Höhenminderung der Bandscheibe LW3/4 gekommen, was mit der Wahl der richtigen Segmenthöhe hätte vermieden werden können. Bis zur Nachoperation seien anhaltende Beschwerden dokumentiert. Von einer postoperativ verstärkten Degeneration der Bandscheibe LW3/4 sei auszugehen. Ein zu erwartender Dauerschaden sei eher als gering einzuschätzen und die prolongierte Schmerzsymptomatik lediglich temporär bis zur Nachoperation begrenzt.

Stellungnahmen zum Gutachten

Der Sachverhalt nach der am 5. September durchgeführten Operation sei nach Ansicht der Patientin nur ungenügend dargestellt worden, da eine alleinige Bezugnahme auf die Patientenakte erfolgt sei. Es sei nicht richtig, dass die Patientin am 25. November nicht noch einmal hätte operiert werden wollen. Der Neurochirurg habe erklärt, dass er mit seiner Arbeit nicht zufrieden sei, aber nicht die Patientin darüber aufgeklärt, dass in der falschen Etage operiert worden sei. Daraufhin habe sich die Patientin entschlossen, eine zweite Meinung einzuholen. Die Einschätzung zu einem Dauerschaden, wie im Gutachten vorgenommen, würde als erheblicher angesehen. Durch die als fehlerhaft festgestellte erste Operation im Segment LW3/4 sei völlig unauffälliges Material in einem beträchtlichen Maße entfernt worden.

Ärztlicherseits wird vorgetragen, dass die im Gutachten nachbefundeten Röntgenaufnahmen der LWS vom 11. Juli weder zum Zeitpunkt der Indikationsstellung noch zum Zeitpunkt der Bandscheibenoperation am 5. September vorgelegen hätten. Die OP-Lagerung der Knie-Brust-Lagerung sei mit den MRT-Untersuchungsverhältnissen im Liegen nicht vergleichbar. Ob bezüglich der Beschwerden das operierte Bandscheibensegment nicht doch ausschlaggebend gewesen sein könnte, bleibe auch nach dem Gutachten offen, da bei Patienten mit Übergangsstörungen Wurzelverteilungsanomalien auftreten könnten.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schließt sich dem Gutachten im Ergebnis an. Die Operation am 5. September mit Planung einer operativen Behandlung des Bandscheibenvorfalles LW4/5 war indiziert. Die Operation wurde jedoch nach Art und Umfang nicht fachgerecht durchgeführt, da der aufgrund der vorliegenden Kernspintomographie nachgewiesene Bandscheibenvorfall in Segment LW4/5 nicht operiert wurde, sondern stattdessen fälschlicherweise das nicht betroffene Segment LW3/4. Wie im Gutachten ausgeführt und aus der

Fachliteratur bekannt, ist eine Operation eines falschen Bandscheibensegments im Bereich der Lendenwirbelsäule als vermeidbar zu bewerten. Durch sorgfältige Auswertung des präoperativen Bildmaterials und Abgleich mit einer intraoperativen Röntgenkontrolle hätte eine Verifizierung des avisierten Segments erfolgen müssen. Die im Operationsbericht beschriebenen Befunde unterschieden sich von den im MRT festgestellten Befunden. Bei der durchzuführenden intraoperativen Röntgenkontrolle hätte sich gezeigt, dass zunächst das falsche Segment angegangen wurde. Daraufhin wäre die Operation des korrekten Segments LW4/5 erfolgt.

Gesundheitsschaden

Bei korrektem Vorgehen wäre mit einer Rückbildung der vor der Operation am 5. September vorhandenen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein zu rechnen gewesen. Durch das fehlerhafte Vorgehen ist es zu folgenden zusätzlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen gekommen: Höhenminderung und verstärkte Degeneration der Bandscheibe LW3/4, Schmerzen im rechten Oberschenkel mit nächtlichen Krämpfen und Kribbelparästhesien bis zur zweiten Operation am 14. Februar des Folgejahrs, die ohne den Fehler nicht notwendig gewesen wäre.

Bezüglich der erhobenen Aufklärungsrüge gilt, dass sich der Schadensersatzanspruch aus dem dargelegten Behandlungsfehler ergibt. Hierüber war nicht aufzuklären, weil ärztliche Behandlungsfehler zu unterbleiben haben und nicht durch Aufklärung zu bewältigen sind. Der Aufklärung unterliegt lediglich das allgemeine Risiko, das mit einer kunst- und sachgerecht ausgeführten ärztlichen Behandlung verbunden ist. Dieses Risiko hat sich nicht verwirklicht, weil es durch den festgestellten Behandlungsfehler überlagert worden ist. Ein etwaiger Aufklärungsmangel ist vorliegend nicht kausal geworden, weil durch den nachfolgenden Geschehensverlauf überholt (vgl. hierzu OLG Zweibrücken VersR 99,719).

Fazit

Ein Abgleich des präoperativen Bildmaterials mit einer intraoperativen Röntgenkontrolle zur Verifizierung des avisierten Bandscheibensegments hilft dem Patienten und dem Operateur - insbesondere bei lumbosakralen Übergangsanomalien.