

Kasuistik

Eine 27-jährige Patientin wurde wegen einer erosiven Refluxösophagitis zur Operation zugewiesen. Bereits seit neun Jahren hatten Refluxbeschwerden bestanden, seit drei Jahren war Pantoprazol (PPI = Protonenpumpeninhibitor) angewendet worden. Genauere anamnestiche Angaben lagen nicht vor. Vier Monate vor der Operation war bei einer ambulanten Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) das Bild einer Refluxösophagitis Grad I beschrieben worden, die Kardialschleimhaut suffizient, keine sichtbare Hiatushernie. Pathohistologisch wurden eine geringgradige, floride Duodenitis und eine leichtgradige chronische, unspezifische, nicht aktive Korpusgastritis diagnostiziert. Eine weitere Diagnostik wurde nicht vorgenommen.

Nach der Operation - Bildung einer vorderen Fundusmanschette - erfolgte während des stationären Aufenthalts die Gabe von Tramadol, Novaminsulfon und Ibuprofen bis zur Entlassung am dritten postoperativen Tag. Am Tag nach der Entlassung wurde die Patientin mit massiven Schmerzen im Epigastrium, ausstrahlend in den Rücken, in einem anderen Krankenhaus notfallmäßig aufgenommen. Laparoskopisch wurde ein Abszess unterhalb des linken Leberlappens gefunden, Nähte am linken Zwerchfellschenkel sowie Hinweise auf eine Präparation des linken Zwerchfellschenkels wurden nicht gesehen. Die Fundoplikatio wurde aufgelöst. Eine Magenleckage wurde in dem für die Fundoplikatio benutzten Fundusanteil entdeckt und übernäht. Bei der Präparation von Verklebungen kam es zu einer Verletzung der Milz, diese musste entfernt werden. Der weitere postoperative Verlauf war dann komplikationslos.

Ein halbes Jahr später wurde die Patientin wegen weiter bestehender persistierender Schmerzen mit Tramadol, zusätzlich mit Pantoprazol 40 mg zweimal täglich, behandelt.

In einer Computertomografie (CT) mit Kontrastmittel wurde kein Hinweis auf ein Hiatushernienrezidiv gesehen. Bei zwei ÖGDs im Verlauf des auf die Operation folgenden halben Jahres wurde ein regelrechter Kardiaschluss ohne Hinweis auf eine Hiatushernie mit Hinweisen auf einen Reflux im gastro-ösophagealen Übergang

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

beschrieben.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin erachtete die erste Operation und die Nachbehandlung für fehlerhaft.

Stellungnahme Krankenhaus

In der Stellungnahme der operierenden Chirurgin wird darauf verwiesen, dass seit neun Jahren ein therapiebedürftiger Reflux bestanden habe, seit drei Jahren sei mit PPI therapiert worden. Eine Indikation zum operativen Eingriff habe bestanden, die präoperative Gastroskopie habe nämlich das Bild einer Refluxösophagitis Grad 1 gezeigt.

Gutachten

Der Gutachter, Facharzt für Chirurgie, hat folgende Kernaussagen getroffen:

Da außer einer präoperativen Magenspiegelung ohne wegweisenden Befund keine zusätzlichen Untersuchungen durchgeführt worden seien, könne er die Indikation nicht nachvollziehen. Eine pH-Metrie und eine Ösophagusmanometrie hätten eine Indikation begründen können. Sie seien aber nicht durchgeführt worden.

Die Durchführung der Operation habe dem Operationsbericht zufolge dem seinerzeit geltenden Standard entsprochen.

Eine Verletzung des Magens, wie sie bei der ersten Operation am Fundoplikationsort geschehen sei, könne vorkommen und müsse auch bei standardgerechtem Vorgehen nicht unbedingt gleich bemerkt werden.

Zusammenfassend sieht der Gutachter keine ausreichend begründete Indikation für die vordere Fundusmanschette.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten im Ergebnis an.

Nur weniger als 10 Prozent der Patienten mit einer gastroösophagealen Refluxerkrankung profitieren von einer chirurgischen Therapie. Auch deshalb ist die Bestätigung einer Operationsindikation durch Voruntersuchungen und durch die Erfüllung weiterer Kriterien obligat zu sichern. Hierzu zählen eine pH-

Metrie zum Ausschluss – gegebenenfalls auch Nachweis – eines pathologischen Refluxes und eine Manometrie zum Nachweis von rein motilitätsbedingten thorakalen Beschwerden. Die im vorliegenden Fall präoperativ durchgeführte Gastroskopie wies nur eine Refluxösophagitis ersten Grades auf, einen Hinweis auf eine Hiatushernie gab es bei suffizientem Kardiaschluss bei Indikationsstellung nicht. Eine differenzierte Anamnese mit Symptomen wurde nicht dokumentiert.

Ohne Durchführung zusätzlicher Untersuchungen und diffizile präoperative Abklärung war die Operation nicht indiziert.

Aus dem Operationsbericht lassen sich keine Fehler erkennen.

In der Krankenakte ist die Gabe von Schmerzmedikamenten noch am Entlassungstag dokumentiert. Insoweit ist keine ausreichende und damit eine fehlerhafte stationäre Nachsorge erfolgt.

Fehlerbedingt ist die Patientin zweimal operiert worden. Außerdem musste in der Folge die Milz entfernt werden. Aufgrund der Operationen kann es künftig zu Verwachsungsbeschwerden und damit zur Notwendigkeit weiterer operativer Eingriffe kommen.

Fazit

Hat der Patient nachgewiesen, dass keine Indikation für eine Maßnahme bestand, so sind die Maßnahmen selbst und ihre Folgen, hier unter anderem eine weitere Operation mit Milzruptur, regelhaft als fehlerbedingter Schaden zu bewerten.

Literatur:

S2k-Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Z Gastroenterol 2014; 52:1299-1346