

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Eine transösophageale Echokardiographie birgt die Gefahr einer Ösophagusperforation. Darauf ist im Aufklärungsgespräch hinzuweisen. Im vorliegenden Fall einer 80-jährigen Patientin war die Perforation eine unvermeidbare Komplikation.

Anlass für die Schlichtung

Die damals 80-jährige Patientin ließ sich aufgrund einer Mitralklappeninsuffizienz Grad III nebst symptomatischer Herzinsuffizienz zwei MitraClips einsetzen. Bei der transösophagealen Echokardiographie (TEE) kam es zu einer Ösophagusperforation.

Anamnestisch war bei der Patientin 2012 ein akuter Vorderwand-STEMI aufgetreten. Es bestanden eine langstreckige In-Stent-Restenose sowie Vorhofflimmern. Aufgrund zunehmender Dyspnoe und des Verdachts auf einen Progress der koronaren Herzkrankheit stellte sich die Patientin im Mai 2022 in der Klinik der Antragsgegnerin vor. Dort wurde eine hochgradige, deutlich symptomatische Mitralklappeninsuffizienz Grad III mit vergrößertem linken Vorhof und pulmonarer Hypertonie befundet. Als Ergebnis einer Heart-Team-Konferenz wurde eine interventionelle Therapie mittels MitraClip empfohlen.

Die strittige Behandlung

Im Juni 2022 erfolgte die stationäre Aufnahme in der Klinik der Antragsgegnerin. Am Tag vor dem Eingriff fand unter Nutzung von schriftlichen Patienteninformationen eine Aufklärung zur MitraClip-Prozedur, zur transösophagealen Echokardiographie und zur Narkose statt. Am Folgetag wurden zwei MitraClips eingesetzt. Nach der Implantation stellten die Behandelnden eine residuelle leichtgradige Mitralklappeninsuffizienz fest. Die Patientin wurde zur Beobachtung auf die Intensivstation gebracht.

Am Tag nach dem Eingriff stiegen die Infektparameter an. Bei einer Röntgen-Thorax-Untersuchung zur Suche nach dem Infektfokus fiel Luft im Thorax auf. Eine ergänzende CT-Untersuchung ergab den Verdacht auf eine Perforation der Speiseröhre, den eine anschließend durchgeführte endoskopische Untersuchung bestätigte. Es erfolgte noch am selben Tag die endoskopische Anlage eines EndoVac-Systems. Weiterhin wurde eine Thoraxdrainage angelegt. Die Patientin erhielt für drei Wochen bis zum Rückgang der Infektparameter eine antibiotische Therapie. Danach konnte die Drainage herausgenommen werden. Das EndoVac-System wurde über sieben Wochen hinweg mehrmals gewechselt und konnte dann ebenfalls entfernt werden.

Acht Wochen nach dem Primäreingriff zeigte eine Kontroll-Gastroskopie die Abheilung der Perforation. Radiologisch

wurde anschließend eine adäquate Nahrungspassage durch die Speiseröhre dokumentiert. Die Nahrungsaufnahme wurde sukzessive gesteigert. Im Laufe des stationären Aufenthalts kam es bei der Patientin laut Dokumentation zu einer Gewichtsabnahme um vier Kilogramm (fünf Prozent). Bei Entlassung wurde eine nur noch leicht- bis mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz befundet. Der systolische pulmonalarterielle Druck war mit circa 48 mmHg leicht erhöht.

Es folgten mehrere ambulante kardiologische Nachuntersuchungen. Etwa ein Jahr nach dem Eingriff zeigten sich eine nunmehr leichtgradige Mitralinsuffizienz und ein Rückgang des pulmonalarteriellen Drucks auf 35 mmHG.

Beanstandungen der Behandlung

Die Patientin beanstandet die Behandlung, da es bei der Operation zu einer zur Verletzung der Speiseröhre gekommen sei. Außerdem sei keine ausreichende Aufklärung bezüglich der Gefahr einer möglichen Ösophagusverletzung erfolgt. Die Angaben zu ihrem postoperativen Gewichtsverlust seien falsch dokumentiert worden.

Erwiderungen seitens der Ärztinnen und Ärzte

Nach Ansicht der Antragsgegnerin ist die Aufklärung bezüglich der durchgeführten Untersuchungen sowohl inhaltlich als auch zeitlich regelgerecht erfolgt. Diese hat explizit die bei der Patientin eingetretene Komplikation der Speiseröhrenverletzung – eine Folge der intraprozeduralen Ultraschalluntersuchung – beinhaltet. Auf die Komplikationen habe man zudem zeitnah und regelrecht reagiert und alle relevanten Vorgänge lückenlos dokumentiert.

Das externe medizinische Gutachten

Es wurde ein internistisch-kardiologisches Fachgutachten eingeholt. Der Gutachter kommt darin zu dem Ergebnis, dass Vorbereitung, Durchführung und auch die Aufklärung bezüglich der Mitralklappenoperation lege artis erfolgten und die eingetretene, unvermeidbare Ösophagusperforation nach dem geltenden Facharztstandard behandelt wurde.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle hat sich der Sicht des Gutachters angeschlossen. Dieser Schweregrad sieht entsprechend der



Bei einer transösophagealen Echokardiographie besteht das Risiko einer Speiseröhrenverletzung.

Leitlinien eine operative oder interventionelle Therapie vor. Das zum Krankheitsbild der Patientin passende Behandlungskonzept wurde daraufhin auf Basis einer Teament-scheidung entwickelt.

Ösophagusperforation als unvermeidbare Komplikation

Vorliegend kam es zu einer Komplikation in Form einer Ösophagusperforation. Diese war hier unvermeidbar. Generell kann aus dem Eintritt einer Komplikation weder automatisch auf einen Behandlungsfehler geschlossen werden noch, dass es sich um eine Komplikation handelt, die eingriffstypisch und deshalb unvermeidbar ist. Es ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die Komplikation trotz richtigen ärztlichen Handelns aufgetreten ist, also unvermeidbar war, oder ob die Komplikation als Folge fehlerhaften ärztlichen Handelns anzusehen ist – also vermeidbar war.

Da laut Gutachter nach Aktenlage weder prozedur- noch operateurbedingte Faktoren, die zu der Perforation geführt haben könnten, erkennbar sind, ist die eingetretene Komplikation als unvermeidbar zu bezeichnen. Sie wurde zudem frühzeitig erkannt sowie zeitgerecht, adäquat und erfolgreich behandelt. Zuletzt war keine Perforation mehr nachweisbar.

Körpergewichtsverlust nach Aktenlage

Die Ösophagusperforation hatte eine reduzierte Nahrungsaufnahme und damit einhergehende relevante Gewichtsabnahme von dokumentierten vier Kilogramm zur Folge. Die Höhe des Gewichtsverlusts wurde von den Parteien widerstreitend dargestellt. Wie zuvor aufgezeigt, trifft die Schlichtungsstelle ihre Entscheidungen nach Aktenlage. Sie orientiert sich dabei an dem von der Rechtsprechung entwickelten Grundsatz, dass bei Vorliegen einer ordnungsgemäßen Dokumentation die in den Krankenunterlagen niedergelegten Umstände im Allgemeinen als richtig zugrunde gelegt wer-

den können, selbst wenn ihre Richtigkeit bestritten ist. Der Umstand, dass ein bestimmter Befund dokumentarisch festgehalten worden ist, als noch niemand wissen konnte, dass es darauf einmal in einem Rechtsstreit entscheidend ankommen könnte, ist nach der Rechtsprechung ein solch starkes Indiz für die Richtigkeit, dass dieser Sachverhalt als richtig zugrunde gelegt werden kann.

Zur Aufklärung

Die Aufklärungsrüge ist nicht begründet. Nach Aktenlage ist von einem ordnungsgemäßen Aufklärungsgespräch auszugehen. Die Patientin wurde nach der ärztlichen Dokumentation umfangreich über die Risiken des Eingriffs inklusive der damit einhergehenden Narkose und transösophagealen Echokardiographie unter Zuhilfenahme von schriftlichen Aufklärungsbögen aufgeklärt. Alle wesentlichen Risiken wurden erwähnt und sind auf den Aufklärungsbögen auch handschriftlich aufgeführt. Insbesondere das Risiko einer Speiseröhrenverletzung wurde sowohl in der Narkoseaufklärung als auch in der Aufklärung zur transösophagealen Echokardiographie ausdrücklich erwähnt.

Die Prüfung der Aufklärung ist für die Schlichtungsstelle nur in eingeschränktem Maße möglich, da sie sich ausschließlich an der seinerzeit erstellten ärztlichen Dokumentation orientieren kann. Weitere Beweiserhebungen, wie Zeugenvernehmungen, sind bei einem Schlichtungsverfahren nicht möglich. Wie die Haftungsfrage nach Durchführung etwaiger Zeugenvernehmungen zu beurteilen wäre, muss deshalb bei einem Schlichtungsverfahren offenbleiben.

Take-Home-Message

Über das Risiko einer Ösophagusperforation in Folge einer transösophagealen Echokardiographie ist im Vorhinein aufzuklären. Gemäß § 630e Absatz 2 Nr. 1 BGB ist die Aufklärung mündlich durchzuführen. Ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält. Ob eine Komplikation vermeidbar oder unvereinbar war, ist im Einzelfall zu prüfen.

Svenja Geschwandtner, LL.M., Juristin
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen

Professor Dr. med. Wolfram Terres
Facharzt für Innere Medizin
Schwerpunkt: Kardiologie