

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Patientenbeschwerde aus dem Bereich Gastroenterologie: Wenn die symptomatische Behandlung der Patientin oder des Patienten im angemessenen Zeitraum zu keiner Besserung führt, muss die Verdachtsdiagnose überprüft werden.

Anlass für die Schlichtung

Die damals 69-jährige Patientin stellte sich mit Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen im Krankenhaus vor. Durchfälle bestanden nicht. Obwohl über mehrere Tage keine Besserung eintrat, erfolgte lediglich eine medikamentöse Behandlung der Symptome. Erst nach drei Tagen wurde eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt. Diese zeigte einen Ileus mit Pendelperistaltik. Eine Computertomografie (CT) einen weiteren Tag später zeigte das Bild eines obstruktiven Ileus mit Nekrosen. Bei der notfallmäßig durchgeführten Laparotomie zeigte sich ein Briden Ileus mit einer Darmwandnekrose, sodass ein etwas mehr als 13 cm langer Dünndarmabschnitt reseziert werden musste.

Hintergründe des Antrags

Anamnetisch war bei der Patientin ein Subileus mit ausgeprägten abdominellen Verwachsungen nach vorausgegangener Operation bekannt. Am Nachmittag des 30. September 2024 entwickelte die Patientin Übelkeit, Erbrechen und Bauchschmerzen. Nachdem sich die Beschwerden in der Nacht verschlimmert hatten, traf sie in Begleitung des Rettungsdienstes am 1. Oktober 2024 gegen 1.30 Uhr in der Notaufnahme des Krankenhauses der Antragsgegnerin ein. Dort klagte sie über krampfartige Bauchschmerzen, Übelkeit und wiederholtes Erbrechen. Durchfälle wurden nicht genannt. Sie wies ausdrücklich auf die zurückliegende Operation eines Subileus hin.

Die strittige Behandlung

Bei der körperlichen Untersuchung wurde im Bauchbereich kein auffälliger Befund dokumentiert. Die Labordiagnostik ergab keine signifikanten pathologischen Befunde. Die Darmgeräusche wurden als vorhanden beschrieben. Als Verdachtsdiagnose wurde von einer akuten infektiösen Gastroenteritis (AGE) ausgegangen. Die Patientin wurde in der Abteilung für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin stationär aufgenommen.

In der Zeit bis zum 3. Oktober 2024 klagte sie unverändert über wechselnde Bauchschmerzen sowie mehrfaches Erbrechen, aber nicht über Diarrhoen, sondern über einen Stuhlverhalt. Die Symptome wurden medikamentös behan-



Abb.: Sebastian Kaultzki – stock.adobe.com

Zu spät diagnostiziert wurde ein obstruktiver Ileus mit Nekrosen im Bereich des Dünndarms: hier eine Veranschaulichung des Dünndarms ohne einen vorliegenden Verschluss.

delt, zunächst ohne abführende Maßnahmen oder eine apparative Diagnostik. Eine Dokumentation über die bei den ärztlichen Visiten erfragten Beschwerden und klinischen Verlaufskontrollen fand sich in der Krankenakte nicht.

Am Nachmittag des 3. Oktober 2024 wurde eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt. Hierbei wurden ein flüssigkeitsgefüllter Magen sowie massiv flüssigkeitsgefüllte und dilatierte Dünndarmschlingen ohne propulsive, sondern mit einer Pendelperistaltik festgestellt. Die erhobenen Befunde wurden als Bild eines Subileus interpretiert, differentialdiagnostisch wurde ein paralytischer Ileus vermutet. Daraufhin wurde die Anlage einer nasogastralen Ablaufsonde und Abführmaßnahmen durch Einläufe empfohlen. Zu diesem Zeitpunkt wurden weder eine CT noch eine chirurgische Konsiliaruntersuchung angefordert.

Die Maßnahmen führten zu keiner Besserung, sodass am Nachmittag des 4. Oktober 2024 eine CT durchgeführt wurde. Es zeigten sich erweiterte flüssigkeitsgefüllte Darmschlingen bei dem Bild eines obstruktiven Ileus mit einem Kalibersprung im Dünndarmbereich, passend zu einem Darmverschluss infolge von Verwachsungen. Ein daraufhin durchgeführtes allgemeinchirurgisches Konsil ergab die Indikation zur dringlichen operativen Therapie, welche am selben Abend durchgeführt wurde. Intraoperativ bestätigte sich das Vorliegen von ausgeprägten Verwachsungen mit einem Dünndarmileus. Als

Ursache wurde eine ausgeprägte strangförmige Verwachsung im Mittelbauch angesehen. Außerdem gab es bereits eine ringförmige Nekrose der Darmwand, sodass ein etwas mehr als 13 cm langer Dünndarmabschnitt reseziert und eine Seit-zu-Seit-Anastomose angelegt wurde.

Am 21. Oktober 2024 konnte die Patientin in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden. Wegen Sekundärheilung der Operationswunde erfolgte bis zum vollkommenen Verschluss am 13. Dezember 2024 eine ambulante Versorgung.

Beanstandungen der Behandlung

Die Patientin beanstandet die Behandlung, da sie die Ansicht vertritt, dass eine unzureichende Diagnostik stattgefunden habe. Außerdem sei die Diagnose Gastroenteritis falsch gewesen und ihre medizinische Vorgeschichte sei nicht berücksichtigt worden. Deshalb sei der Dünndarmileus zu spät erkannt worden und das chirurgische Konsil zu spät erfolgt.

Erwiderungen seitens der Ärztinnen und Ärzte

Die Antragsgegnerin vertritt die Ansicht, dass aufgrund der Symptome die Verdachtsdiagnose einer Gastroenteritis nahegelegt habe. Sonographie und CT seien zeitgerecht durchgeführt und die Diagnose eines Ileus klinisch und bildgebend korrekt gestellt worden.

Das externe medizinische Gutachten

Der gastroenterologische Gutachter kam in seinen Ausführungen zu dem Ergebnis, dass die Diagnose Gastroenteritis bei Aufnahme aufgrund komplett fehlender Diarrhoen fälschlich gestellt wurde. Aufgrund der unklaren Diagnose, der besonderen Anamnese und der weiterhin bestehenden Beschwerden wären frühzeitig weitere diagnostische Maßnahmen indiziert gewesen.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle hat sich den Ausführungen des Gutachters angeschlossen.

Befunderhebungsfehler Gastroenteritis

Bei Aufnahme wurde fälschlicherweise die Diagnose Gastroenteritis gestellt und entsprechend über drei Tage medikamentös therapiert. Die Anamnese ließ diese Diagnose bei komplett fehlenden Diarrhoen nicht mit ausreichender Sicherheit zu. Bereits am Aufnahmetag hätten weitere differentialdiagnostische Überlegungen angestellt und eine wei-

terergehende Untersuchung, insbesondere eine Sonografie als nicht invasive, breit verfügbare, schnelle bildgebende Diagnostik erfolgen müssen. Bei einem nicht eindeutigen sonografischen Befund hätte zudem eine CT durchgeführt werden müssen. Eine Gastroenteritis war insbesondere vor dem Hintergrund des fehlenden Durchfalls „hochgradig unwahrscheinlich“. Eine akute infektiöse Gastroenteritis ist durch eine plötzliche Änderung der Stuhlfrequenz und Stuhlkonsistenz über das individuell übliche Maß hinaus gekennzeichnet. Eine Änderung der Stuhlfrequenz und Stuhlkonsistenz lag hier jedoch gerade nicht vor.

Vor dem Hintergrund der vorausgegangenen Operation wegen eines Ileus mit der Diagnose von ausgedehnten Verwachsungen hätte im vorliegenden Fall die Diagnose eines mechanischen Subileus oder Ileus in die differentialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden müssen. Deshalb hätte bereits am Aufnahmetag, spätestens aber am zweiten Behandlungstag eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden müssen. Insoweit liegt ein Befunderhebungsfehler vor.

Voraussetzungen der Beweislastumkehr

In der Arzthaftung gilt grundsätzlich, dass der Patient den Behandlungsfehler, den Schaden und die Kausalität beweisen muss. In Ausnahmefällen kommt es zu einer sogenannten Beweislastumkehr. Das bedeutet, dass die Beweislast nun den Behandler trifft: Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden dann zu einer Umkehr der Beweislast, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verknennung dieses Befunds als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde (BGH NJW 2004, 1871 ff).

Da der Ileus schon am 2. Oktober 2024 hätte diagnostiziert werden können, sind die Voraussetzungen zur Beweislastumkehr hier erfüllt. Die Diagnose Ileus hätte mit großer Wahrscheinlichkeit mit einer Ultraschalluntersuchung bereits am 2. Oktober 2024 diagnostiziert und behandelt werden können. Nach der stationären Aufnahme in der Nacht wäre auch am 1. Oktober 2024 im Laufe des Tages laut Gutachter „reichlich Zeit“ für eine weitere Diagnostik gewesen.

Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verknennung des zu erwartenden Befunds oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen. Die Beweislastumkehr bezieht sich im vorliegenden Fall

auf den primären Gesundheitsschaden in Form einer Therapieverzögerung von drei Tagen.

Für die sekundären Gesundheitsschäden, die aus dem durch den Behandlungsfehler primär verursachten Gesundheitsschaden hervorgegangen sein sollen, gilt das Beweismaß der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gem. § 287 ZPO (BGH VersR 1994,52). Es reicht also aus, dass mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht. Das ist hier für die Schäden in Form der Darmnekrosen sowie der Entfernung eines Dünndarmsegmentes und der sekundären Wundheilung der Fall. Initial gab es bei normaler CRP, lediglich minimal erhöhten Leukozyten und fehlenden peritonitischen Zeichen keine Hinweise auf eine transmurale Darmwandnekrose. Die medizinische Erfahrung zeigt, dass es bei einem Briden Ileus bei frühzeitiger Operation oft genügt, die Verwachsungen zu lösen, ohne dass eine Segmentresektion des strangulierten Darmsegments notwendig wird.

Verlauf bei korrektem Vorgehen

Bei korrektem Vorgehen wäre nach ärztlicher Erfahrung mit folgendem Verlauf zu rechnen gewesen: Auch ohne die dreitägige Verzögerung wäre eine operative Therapie notwendig gewesen. Allerdings wäre mit großer Wahrscheinlichkeit bei früherer Operation noch keine komplette Darmwandnekrose eingetreten. Zudem hätte, ebenfalls mit großer Wahrscheinlichkeit, kein Dünndarmsegment entfernt werden müssen, sondern die Verwachsungen zu lösen, hätte ausgereicht.

Zusätzlich führt der Gutachter aus, dass bei der Sonografie vom 3. Oktober 2024 eine Pendelperistaltik befundet und ein „Subileus DD paralytisch“ diagnostiziert worden sei. Der Nachweis einer pendelnden Peristaltik mit deutlicher

Take-Home-Message

Die Diagnose einer akuten infektiösen Gastroenteritis ist bei fehlender Änderung von Stuhlfrequenz und Stuhlkonsistenz sehr unwahrscheinlich. Wenn aus der Anamnese bereits ein vorausgegangener Ileus mit Verwachsungen bekannt ist, ist dieser Umstand in der Diagnostik und Befunderhebung unbedingt zu beachten. Wenn bei einer symptomatischen Behandlung keine Besserung in einer adäquaten Zeit eintritt, muss die Verdachtsdiagnose überprüft werden. Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung kann zu einer Umkehr der Beweislast zu Lasten des Behandelnden führen.

Dilatation der Darmschlingen ist typisch für einen mechanischen Ileus und spricht somit für einen weitgehenden oder vollständigen Darmverschluss. Daher hätte bereits am 3. Oktober 2024 ein chirurgisches Konsil angefordert werden müssen. Alternativ oder zusätzlich hätte auch eine CT-Untersuchung durchgeführt werden müssen. Darin ist ein weiterer Diagnosefehler zu sehen, welcher sich jedoch auf die Frage, ob haftungsrechtliche Ansprüche bestehen, nicht auswirkt, da diese bereits aus dem bereits beschriebenen Befunderhebungsfehler entstanden sind.

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

Dr. (B) Wolf-Rüdiger Martin
Facharzt für Innere Medizin
Schwerpunkt: Gastroenterologie

Neue Flyer mit Hilfsangeboten für die Opfer von Gewalttaten

Von Gewalttaten betroffene Menschen brauchen oft rasche psychotherapeutische Unterstützung, um Gesundheitsstörungen sowie deren Chronifizierung zu vermeiden. Hierfür gewährt das Soziale Entschädigungsrecht nach dem SGB XIV neben finanziellen Leistungen auch eine psychotherapeutische Frühintervention. Um Betroffene und deren Angehörige noch besser über bestehende Unterstützungsangebote zu informieren, hat das Land Niedersachsen neue Informationsflyer erstellen lassen. Der Flyer „Leistungen für Opfer von Gewalt“ bietet eine kompakte Übersicht über die Voraussetzungen und den Umfang von Leistungen für Gewaltopfer nach dem SGB XIV, der zum Thema „Schnelle Hilfen für Betroffene von Gewalttaten“ enthält einen kurzen Leitfaden für eine

zeitnahe Inanspruchnahme von Leistungen zur psychotherapeutischen Frühintervention. Das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie bittet die Ärzteschaft, von Gewalt betroffene Patientinnen und Patienten auf diese Hilfen aufmerksam zu machen und die Flyer mit zu verteilen. Druckexemplare können unter der Mailadresse Team3SER1@LS.niedersachsen.de angefordert werden. Beide Flyer sind zudem online abrufbar.

■ vog



Flyer Schnelle Hilfe für
Opfer von Gewalttaten

Flyer Leistungen für
Opfer von Gewalt

