

Sorgfaltsmängel nach Leistenbruch-OP

Folge 41 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

von Beate Weber* und Henning Hansen **

Leistenbruchoperationen waren in 1 Prozent aller bis zum 31.12.2006 abgeschlossenen 31.877 Begutachtungsverfahren gutachtlich zu überprüfen. Seit Mitte der 1990er Jahre ist der Anteil der festgestellten Behandlungsfehler deutlich von vormals 39 Prozent auf derzeit 25 Prozent rückläufig, wobei die Verfahrenswahl – konventionell versus minimal-invasiv – keine Rolle spielt.

Drei Viertel der Leistenhernien waren konventionell operiert worden. Behandlungsfehler bei einer endoskopisch operierten Leistenhernie waren bereits vor einem Jahr Gegenstand der Berichterstattung (*Rheinisches Ärzteblatt 1/2006*). Bei Vorliegen einer Rezidivhernie waren im Durchschnitt häufiger Behandlungsfehler zu bestätigen nämlich in 8 von 13 Fällen.

Aufklärungsrügen wurden mit 22 Prozent häufiger erhoben als im Durchschnitt aller abgeschlossenen Begutachtungsverfahren (16 Prozent). Berechtigt waren nur 4, wobei die festgestellten Aufklärungsmängel bei ansonsten sachgerechtem

Vorgehen einmal zur Haftung des Arztes führten.

Behandlungsfehler

In 7 der in den letzten 5 Jahren abgeschlossenen 96 einschlägigen Verfahren war die Indikation nicht gegeben beziehungsweise aufgrund der individuellen Risikosituation des Patienten verfrüht. Eine beidseitige laparoskopische Herniotomie mit Kunststoffnetzeinlage stellt bei minimalem einseitigen Ausgangsbefund eine Übertherapie dar.

Wird infolge eines Organisationsverschuldens des Pflegepersonals fälschlicherweise die nicht betroffene Leiste operiert, so haftet der operierende Arzt für die Folgen der Verwechslung, da er sich unmittelbar vor der Operation Gewissheit über die Seitenlokalisation des krankhaften Befundes verschaffen muss.

Operationstechnische Fehler wurden in 7 Verfahren festgestellt. Im Zuge eines Anscheinsbeweises ist beispielsweise davon auszugehen, dass eine erhebliche Harnblasenhalsverletzung von 4 x 4 cm bei einer

endoskopischen Herniotomie durch unzureichende Präparation entstanden und diese bei der Kontrolle des Situs vor Beendigung der Operation infolge eines Sorgfaltsmangels nicht erkannt worden ist.

Haftung

In der Hälfte der 96 geprüften Verfahren waren im Verlauf Revisionsoperationen erforderlich; hierfür sollten die Ärzte in 13 Prozent haftungsrechtlich eintreten (*siehe Tabelle 2 S. 26*). Häufigste methodenimmanente Komplikationen waren die Infektion (28 Prozent) und zu gleichen Teilen Nachblutungen, oberflächliche Nervenläsionen und Hodennekrosen (17 Prozent).

In 21 Verfahren wurde die Frage der Haftung für eingetretene Gesundheitsschäden bejaht; hierunter 8 leichte bis mittelgradige Dauerschäden wie beispielsweise die Hälfte der eingetretenen Hodenatrophien sowie einer von zwei Todesfällen.

Sorgfaltsmängel

Am häufigsten wurden Fehler bei der postoperativen Betreuung der Patienten festgestellt (*Tabelle kann bei der Redaktion angefordert werden*). Nachfolgend sind die in den Begutachtungsfällen festgestellten Anforderungen an die Behandlung und die festgestellten Fehler bezogen auf die drei häufigsten Komplikationen kurz dargestellt:

Nachblutung

Klinische Hinweise für eine Nachblutung müssen umgehend durch Befund- und Laborkontrolle verifiziert oder ausgeschlossen werden. Werden bei einem subkutanen Hämatom unmittelbar postoperativ mehrfache Verbandwechsel erforderlich, sollte – insbesondere bei adipösen Bauchdecken – das Ausmaß des Hämatoms in der Tiefe durch Sonographie gesichert werden.

Eine kreislaufwirksame Nachblutung erfordert eine umgehende Revisionsoperation zur Sicherung

Tabelle 1: Gutachterkommission Nordrhein Verfahren 2000 – 2005

Verfahren insgesamt	7.390	(100,0%)
Leistenherniotomien	96	(1,3%)
konventionell	74 (77,1%)	
minimal-invasiv	22 (22,9%)	
Behandlungsfehler	24	(25,0%)
konventionell	18 (24,3%)	
minimal-invasiv	6 (27,3%)	
Aufklärungsrüge erhoben	1.212	(16,4%)
Leistenherniotomien	22 (22,9%)	
Aufklärungsmangel festgestellt	4 (4,2%)	
Mangel haftungsbegründend*	1 (1,0%)	

* Behandlungsfehler (BF) verneint

* Geschäftsstelle Gutachterkommission Nordrhein

** Chefarzt der Chirurgischen Klinik Evang. und Johanniter Krankenanstalten Duisburg-Nord

und Sanierung der Blutungsquelle. Wird beispielsweise eine elektive Leistenbruchrezidivoperation bei einem antikoagulierten Hochrisikopatienten bei noch bestehender Gerinnungsstörung – und damit verfrüht – durchgeführt und erfolgt die Revisionsoperation bei bereits ausgedehntem retroperitonealem Hämatom verspätet erst am 3. postoperativen Tag ohne definitive Blutstillung, so haben die Ärzte für den infolge des hämorrhagischen Schocks eingetretenen Tod des Patienten haftungsrechtlich einzustehen.

Infektion

Zeigen sich in der postoperativen Phase Anzeichen für eine Wundinfektion, ist der Lokalbefund genau zu dokumentieren und zeitgerecht zu kontrollieren. Weiterhin sind eine Bestimmung der Körpertemperatur und eine laborchemische Kontrolle der Entzündungsparameter erforderlich. Ergeben sich bei lokaler Schwellung und hohem Fieber laborchemische Hinweise auf eine Infektion, so ist eine Sonographie der Leiste zum Ausschluss eines Bauchdeckenabszesses erforderlich.

Werden bei der Entlassungsuntersuchung Anzeichen für eine mögliche Wundinfektion gesehen, muss im mitgegebenen Kurzarztbrief auf eine kurzfristige Wundkontrolle hingewiesen werden.

Klingt die Infektion unter konservativer Therapie mit erregerangepasster Antibiotikagabe nicht ab, ist eine zeitgerechte chirurgische Infektsanierung erforderlich, insbesondere wenn Fremdmaterial implantiert wurde.

Durchblutungsstörung des Hodens

Bestehen in der postoperativen Phase Beschwerden der operierten Leiste mit Anschwellung oder Verfärbung durch Hämatom, so ist neben der Lokaltherapie mit Kühlung, Hochlagerung und Schmerzmittelgabe eine gründliche klinische Untersuchung mit entsprechender Befundniederlegung erforderlich.

Tabelle 2: Vorgeworfene Leistenbruchoperationen

Zeitraum 2000 - 2005	Alle Verfahren			davon konventionell		davon minimal-invasiv	
	n	in % v. n	mit der Folge der Haftung in % v. n	in % v. n	mit der Folge der Haftung in % v. n	in % v. n	mit der Folge der Haftung in % v. n
Gesamt	96	100,0	21,9	74	21,6	22	22,7
Alle Komplikationen*							
Erfordernis Rev.-OP	50	52,1	12,5	51,4	13,5	54,6	9,1
Infektion	27	28,1	4,7	32,4	4,1	13,6	4,6
Nachblutung	17	17,7	/	18,9	/	13,6	/
(oberflächliche) Nervenläsion	17	17,7	2,1	18,9	2,7	13,6	/
Ischämische Hodennekrose	17	17,7	8,3	21,6	9,5	4,5	4,6
Erdulden der OP zum jetzigen Zeitpunkt	7	7,3	2,1	5,4	1,4	13,6	4,6
(Früh)-Rezidiv	6	6,3	/	6,8	/	4,5	/
Harnblasenverletzung	5	5,2	1,4	1,4	/	18,2	4,6
Konversion	4	4,2	/	/	/	18,2	/
Harnverhalt, Nierenversagen	4	4,2	/	4,0	/	4,5	/
pass. Kreislaufinsuffizienz	3	3,1	2,1	4,0	2,7	/	/
Gefäßverletzung	2	2,1	/	/	/	9,1	/
Multioorganversagen, Tod	2	2,1	1,0	2,7	1,4	/	/
Darmverletzung	1	1,0	/	/	/	4,5	/
Läsion des Ductus deferens	1	1,0	/	1,4	/	/	/
Netzhinnekrose mit Nekrose	1	1,0	/	/	/	4,5	/
Orchitis	1	1,0	/	1,4	/	/	/
Beinvenenthrombose	1	1,0	/	1,4	/	/	/

* Mehrfachnennung

Mögliche Durchblutungsstörungen müssen mittels Sonographie, Doppler-Sonographie – besser noch farbcodierter Duplex-Sonographie – umgehend ausgeschlossen werden. Ein Urologe ist im Zweifel hinzuzuziehen. Hinweisen auf Durchblutungsstörungen muss durch sofortige operative Freilegung nachgegangen werden, um sie beseitigen zu können.

Wurde intraoperativ eine ausgedehnte oder durch Verwachsungen erschwerte Präparation (zum Beispiel bei Rezidivoperation) des Samenstranges erforderlich, ist intra- und postoperativ besonderes Augenmerk auf die Durchblutungssituation des Hodens zu richten und dies auch zu dokumentieren. Bei Entlassung ist der Patient darauf hinzuweisen, sich bei Beschwerden umgehend einem Arzt vorzustellen (Sicherungsaufklärung).

Zusammenfassung

Eine Leistenbruchoperation ist ein häufig vorgenommener risikoarmer kurzer Routineeingriff. Über die möglichen Komplikationen ist der Patient sachgerecht aufzuklä-

ren. Die Indikation zur Operation muss, solange keine Notfallsituation vorliegt, dem individuellen Risiko des Patienten entsprechen. Sorgfaltsmängel werden insbesondere bei der postoperativen Betreuung gefunden. Beschwerden muss zeitgerecht und zielgerichtet nachgegangen werden. Vor der Entlassung des Patienten ist eine Befundkontrolle erforderlich. Diese, wie auch der Hinweis auf eine Wiedervorstellung bei Beschwerden, sollte dokumentiert werden. Eine gute Kommunikation mit dem Patienten über eingetretene intra- und postoperative Komplikationen dient dem Arzt-Patienten-Verhältnis und der Vermeidung von Arzthaftungsausinandersetzungen.

33. Fortbildungsveranstaltung des IQN in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

„Leistenhernie – Komplikationen und mögliche Fehler bei der Therapie“

Mittwoch, den 09. Mai 2007,

16.00 – 19.00 Uhr

Haus der Ärzteschaft,

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Programm siehe Seite 20