



Aspirationspneumonie nach Mitralklappenoperation

Fall

Bei dem 63 Jahre alten Patienten wurde die Diagnose eines kombinierten Aortenvitiums mit führender Stenose sowie einer III°igen Mitralsuffizienz gestellt. Am 17.06.2002 wurde er im Krankenhaus, Abteilung für Herz- und Gefäßchirurgie, ohne Komplikationen operiert, und kreislaufstabil, intubiert und beatmet, auf die Intensivstation verlegt. Am 18.06. wurde er bei guter pulmonaler Funktion extubiert und kam in die Überwachungsstation, wobei die Frühschicht an diesem Tag vermerkte: „Patient hat noch Probleme mit dem Schlucken und der Aussprache“. Die Spätschicht notierte: „Patient ... ist noch verschleimt“, die Nachtschicht zum 19.06.: „Patient ist sehr stark verschleimt, hustet die ganze Nacht zähes Sekret ab“. Am 19.06. sind in allen Schichten Schluckstörungen dokumentiert, in der Frühschicht außerdem: „Trinkt und isst wenig“, in der Nachtschicht: „Patient weigert sich, seine Abendmedikation zu nehmen“. Schluckbeschwerden, die Essen wie Trinken schwierig bis unmöglich machen, zum Teil mit starkem Hustenreiz, sind in allen weiteren Pflegeberichten aufgeführt.

Ab 20.06. ist in allen ärztlichen Verordnungsbögen verordnet: „Intravenöse Flüssigkeitszufuhr 2 Liter täglich, 12 BE täglich“. Am 21.06. traten Temperaturen bis 38,8 °C auf, sodass eine antibiotische Therapie mit Tavanic begonnen wurde. Am selben Tag steht im ärztlichen Verordnungsbogen: „Morgen HNO-Konsil! Wegen Schluckstörungen“. Schon am 22.06. waren Temperatur und Leukozyten rückläufig. In einem an diesem Tag aufgenommenen Röntgen-Thoraxbild waren keine pneumonischen Infiltrate nachweisbar. Zu dem HNO-Konsil kam es wegen organisatorischer Schwierigkeiten zunächst nicht. Am 24.06. verschlechterte sich die pulmonale Funktion, sodass die Sauerstoffzufuhr von 2 auf 5 Liter gesteigert wurde. Im Röntgen-Thoraxbild fanden sich pneumonische Infiltrate, trotz andauernder antibiotischer Therapie. Die Nachtschicht dokumentierte: „Patient brodeln sehr, hustet erst nach Aufforderung ab“.

Am 26.06., 21 Uhr stellte die Nachtschicht fest: „Patient psychisch sehr auffällig, droht sich aus dem Fenster zu stürzen“. Deshalb wurde der Patient noch am Abend in ein nahe gelegenes Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung verlegt. Aktuelle Medikation laut Verlegungsbericht: „Sterofundin 1000 ml/24 h, 12 BE ... Antibiose wegen bronchopneumoralem Infekt, darunter deutliche Besserung“. Schluckstörungen sind nicht erwähnt. Im Aufnahmebefund ist die Anamnese dokumentiert: „Der Appetit sei sehr gut, er bekomme nur nichts hinunter, weil er Schluckprobleme habe“. Mit der Androhung, aus dem Fenster zu springen, habe er nur seine Verlegung erzwingen wollen. Letzteres erklärte der Patient auch nach seiner Verlegung am 27.06. in das zuständige psychiatrische Zentrum. Von dort wurde der Patient schon am nächsten Tag in eine medizinische Klinik verlegt mit der Begründung, es hätten sich auf dem mitgegebenen Röntgenbild Zeichen eines pulmonalen Infekts gezeigt, für den auch deutlich erhöhte Entzündungsparameter und klinische Anzeichen sprächen.

Der in der medizinischen Klinik mit der Diagnose „Aspirationspneumonie“, „Schluckstörung“ aufgenommene Patient, dessen orale Nahrungsaufnahme sogleich beendet worden war, wurde am 29.06. bei zunehmender pulmonaler Verschlechterung auf die Intensivstation verlegt, am 02.07., nach erheblicher Besserung, auf die Normalstation zurück verlegt. Ein Röntgen-Thoraxbild vom 03.07. bestätigte den Befund einer rechts basalen Pneumonie.

Die Ursache der Schluckstörung konnte ein neurologisches Konsil nicht feststellen. Ein HNO-Konsil ermittelte am 04.07.: „Der Larynx ist anatomisch normal, doch bewegt sich nur das rechte Stimmband. Es lässt sich auch kein Hustenstoß auslösen, wenn die Stimmritze mit dem Endoskop passiert wird“. Als mögliche Ursachen erwähnte das Konsil sowohl Sensibilitätsstörung als auch Recurrensparese (oder -schwäche) links. Das Schlucken sollte zunächst mit Eiswürfeln trainiert werden. Erst wenn dies funktioniere,

seien normale Nahrung und Trinken möglich. In der Folge besserten sich im Reha-Zentrum die Schluckstörungen unter Dysphagiebehandlung, es war wieder volle orale Nahrungsaufnahme möglich. Am 06.09. wurde der Patient in hausärztliche Betreuung entlassen.

Diskussion

Kritisch zu prüfen war der Umgang mit den alsbald auftretenden und dann persistierenden Schluckbeschwerden. Unmittelbar nach der Operation konnten sie noch genügend erklärt werden, sowohl durch die vom endotrachealen Tubus ausgehende Reizung, als auch durch die ebenfalls intraoperativ gelegte Magensonde. Als sie jedoch noch zunahmen und persistierten, es bei Trinkversuchen zu Hustenanfällen kam und der Patient Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie das Einnehmen von Medikamenten verweigerte, bestand Anlass zur ärztlichen Reaktion. Geboten war, bis zur Klärung der Ursache der Schluckbeschwerden, doch kann die Stimmbandlähmung das Abhusten von Schleim erschweren. Außerdem bestand ersichtlich eine Sensibilitätsstörung mit der Folge, dass der Patient weder merkte, dass die Speise zum Schlucken bereit lag noch, dass er sich – im konkreten Fall – verschluckt hatte. Die genaue Ursache der Schluckstörung und der Sensibilitätsstörung konnte letztlich nicht geklärt werden.

Auch die genaue Ursache der Pneumonie blieb offen. Zweifelsfrei beruhen aber ihre Intensität und Dauer darauf, dass auch nach dem 21.06. weiterhin orale Nahrungsaufnahme erfolgte, ohne die Ursache der Schluckstörung zu erforschen. Die Entwicklung nach dem 29.06., als die orale Nahrungsaufnahme beendet worden war und eine zielgerichtete Behandlung erfolgte, zeigt dies deutlich.

Die Gutachterkommission hat einen Behandlungsfehler und einen dadurch verursachten Gesundheitsschaden bejaht.