

Bürokratomatose: semimalignes stark konsumierendes Geschwulstleiden mit vorwiegend expansivem Wachstum, das durch Verdrängung andere, auch lebenswichtige Funktionen beeinträchtigt, schädigt, lahmlegt, aber auch metastasierend in entfernte Bereiche eingreift. Die Bürokratomatose führt zur globalen Leistungsschwäche (Globale Insuffizienz), sodass eine viel größere Zahl von Leistungserbringern für die Erfüllung der bisherigen Kernaufgabe benötigt wird. Da Stoffwechsel und Nervensystem auf diesen Zuwachs nicht eingestellt sind, kommt es zu weiteren Regulationsstörungen.

Die Bürokratomatose steuert den Stoffwechsel so um, dass ihr Bedarf erstrangig befriedigt wird, da andernfalls die Kraftströme zum System insgesamt gedrosselt oder ganz gestoppt werden. Es hat einen hohen Energieumsatz, der unbedingt und vorrangig befriedigt werden muss. Sonst kann es zur Abstoßung von Gliedern kommen.

Die Dokumentophilie gehört zu den Auswirkungen der Kontrollitis, die gleichzeitig den Fortgang der Bürokratomatose verstärken. Sie wirkt sowohl auszehrend durch den erforderlichen Stoff- und Energiebedarf als auch leistungsmindernd durch die ausgelöste Dysphorie.

Die Dokumentophilie beginnt als Immunerkrankung gegen Überlastung durch äußere vor allem juristische Reize (Regressdrohung, juristische Bedrohungen) und verselbstständigt sich zu einem Dauerzustand, der sich vom aktuellen Anlass löst und häufig mehr und mehr zu Zwang und Autoaggression neigt. Sie führt zu Schwellungen, Fieber, Schmerzen, Zerstörung von Strukturen, Leistungsabfall und Dysphorie. Oft tritt als Folgekrankheit eine Speicherkrankheit (Vermüllungsyndrom, Messie-Syndrom, der Syllogomanie) hinzu, die sowohl in den Zentralen als auch bei den Leistungserbringern zu toxischen Ablagerungen führt.

Mit diesem Beratungsergebnis musste die Regelkonsultation aus abrechnungstechnischen Gründen beendet werden. Folgekonsultationen mit vertiefter Diagnostik und zur Therapievereinbarung sollten kurzfristig erfolgen, gegebenenfalls als Notfall.

Dr. med. Diethard Sturm

Operative und postoperative Fehlbehandlung

Karpaltunnelsyndrom

Fall

Bei der 77 Jahre alten Patientin wurde Anfang 2008 neurographisch ein Karpaltunnelsyndrom links festgestellt. Der Antragsgegner, Facharzt für Orthopädie, stellte die Indikation zur Karpaltunnelspaltung und führte die Operation Anfang März 2008 ambulant in Plexus-Anästhesie durch. Im Verlauf der Operation, nach Darstellung des Retinakulum flexorum und dessen Einkerbung, wurde der Nervus medianus identifiziert und zu dessen Schutz zwischen diesem und dem Retinakulum ein Raspatorium weit nach distal geschoben. Hierbei wurde der Nervus medianus durchtrennt, was der Antragsgegner bemerkte. Er legte im weiteren Verlauf diesen Nerv weiter frei und brachte laut Operationsbericht eine „oberflächliche Perineuriumnaht“ an, um den Defekt zu beseitigen. Im Operationsbericht finden sich keine Angaben über die Größe der Nervenverletzung und über die genaue Durchführung ihrer Versorgung. Lupenbrille oder Mikroskop sowie Mikroinstrumente wurden nicht benutzt.

Ambulante Kontrollen erfolgten 2 Tage, 9 Tage (mit Verbandwechsel), 12 Tage (Fädenentfernung, nochmaliges Anlegen der Gipsschiene), 14 Tage (Entfernung der Gipsschiene, Verordnung von Krankengymnastik) postoperativ. Die Patientin stellte sich noch einige Male beim Antragsgegner vor, letztmals 2,5 Monate nach der Operation. Sie empfand nach wie vor Pelzigkeit der Finger links. Im August 2008 wurden nach neurologischer und neurochirurgischer Untersu-

chung folgende Schäden festgestellt: Sensibilitätsverlust der Finger I bis III links; Sensibilitätsminderung am IV. Finger radialseits links; ausgeprägte Thenaratrophy links; Einschränkung der groben Kraft links. Eine operative Revision wurde nach Ablauf von sechs Monaten für sinnlos erachtet und lediglich Krankengymnastik und Ergotherapie empfohlen.

Diskussion

Zum Schutz des Nervus medianus wird üblicherweise ein stumpfes Instrument, etwa eine Sonde (Martini) unterhalb des Retinakulums eingeführt. Fehlerhaft war zum einen hierzu ein scharfes Raspatorium zu verwenden, zum anderen die unzureichende Versorgung der Nervenverletzung. Standardmäßig hätte eine handchirurgisch einwandfreie perineurale oder epineurale Naht angelegt werden müssen. War der Antragsgegner hierzu nicht in der Lage, so hätte er die Wunde verschließen und die Patientin sogleich in ein handchirurgisches Zentrum überweisen müssen.

Die regelmäßigen Nachuntersuchungen waren unzureichend, zumal der Antragsgegner die Sensibilität nie anhand der dynamischen Zweipunkte-Diskrimination nach Weber untersuchte und auch das Hoffmann-Tinel-Zeichen (welches eine zunehmende Regeneration der Nerven aufzeigt) nicht überprüfte.

Es bestand für die Gutachterkommission kein Zweifel, dass die verbliebenen Dauerschäden Folgen der fehlerhaften Behandlung sind.

