

Unzureichende Diagnostik bei Harnleiterstein



Fall

Der 71 Jahre alte Patient wurde nachts mit akuten Schmerzen im rechten Unterbauch mit der Verdachtsdiagnose „Appendizitis“ stationär auf eine chirurgische Station eines Kreiskrankenhauses aufgenommen. Untersuchungsbefund: „AZ stabil, Bauch adipös, bei Palpation weich, Druckschmerz rechter Unterbauch, keine Abwehrspannung, kein Loslassschmerz.“ Labor: 11 300 Leukozyten, CRP 1,1 mg/dl (Referenzbereich < 0,8 mg/dl). Im Urinstatus Eiweiß positiv, Erythrozyten positiv. Aufgrund dieser Befunde erfolgte eine Behandlung mit intravenös applizierten Analgetika und einem Spasmolytikum (Butylscopolamin) unter der Verdachtsdiagnose „Ureterkolik“. Der Patient wurde unter dieser Therapie rasch schmerzfrei. Die Laborwerte und der Urinbefund waren am Folgetag normal (Leukozyten 5.600, Urinstatus o. B., keine sonstigen pathologischen Laborbefunde). Der Urin des Patienten wurde gesiebt, es konnten jedoch keine Konkreme gefunden werden. Der Patient wurde beschwerdefrei entlassen mit der Empfehlung, den Urin auch weiterhin zu sieben und gegebenenfalls einen Stein dem Hausarzt zur Analyse zu bringen. Ferner wurde er angehalten, bei wiederkehrenden Schmerzen einen Urologen aufzusuchen.

Vier Wochen später konsultierte der Patient einen Facharzt für Urologie. Dieser diagnostizierte einen prävesikalen Ureterstein mit Harnstauungsniere rechts. Der Patient wurde in eine urologische Klinik eingewiesen, es

erfolgte eine Harnleiterschienung und im weiteren Verlauf eine Laser-Lithotripsie, die Fragmente konnten jeweils geborgen werden. Nach erfolgreicher Therapie wurde der Patient ohne Folgeschäden entlassen.

Der Patient erhob über seinen Rechtsanwalt einen Behandlungsfehlervorwurf gegenüber den behandelnden Ärzten der chirurgischen Station des Kreiskrankenhauses. Es habe keine Diagnostik nach den Regeln der ärztlichen Kunst stattgefunden, um die Verdachtsdiagnose „Ureterkonkrement“ weiter abzuklären. Wäre eine entsprechende Diagnostik durchgeführt worden, so wäre eine frühere Behandlung des Harnleitersteins möglich gewesen.

Diskussion

Der fachurologische Gutachter monierte, dass während des Aufenthaltes auf der chirurgischen Station keine Abdomen-Sonographie durchgeführt wurde, die heute dem Standard entspreche. Es hätte eine weiterführende Diagnostik erfolgen müssen oder eine rasche Überweisung zu einem urologischen Facharzt, da „es zum Basiswissen gehört, dass durchaus große Steine auch ohne Koliken im Ureter ... verbleiben können und schließlich zu einer Harnstauungsniere führen, was letztlich bei längerer Dauer zu einer Schädigung der gestauten Niere führen kann.“

Die Gutachterkommission folgte der Beurteilung des Fachgutachters und stellte einen schuldhaften ärztlichen Behandlungsfehler fest. Allerdings ist dem Patienten dadurch kein Gesundheitsschaden entstanden.

Aus Fehlern lernen: In loser Folge veröffentlicht das Ärzteblatt Baden-Württemberg ausgewählte und interessante Fälle aus der Arbeit der Gutachterkommissionen für Fragen ärztlicher Haftpflicht.

Querschnittssyndrom nach Aortendissektion

Fall

Der 60 Jahre alte Patient erlitt im Juni 2006 eine akute Aortendissektion Typ B Stanford. Bei der computertomographischen Untersuchung im Krankenhaus zeigte sich eine Dissektionsmembran, die sich bis in beide Arteriae iliacae fortsetzte, aber weder eine Ruptur noch eine Minderperfusion der Organe. Der Patient hatte eine kurzzeitige Kraftlosigkeit in beiden Beinen verspürt, die als passagere spinale Minderperfusion gedeutet wurde. Nach zweiwöchigem Aufenthalt wurde der Patient entlassen mit der Vorgabe der Blutdruckeinstellung und erneuter computertomographischer Kontrolle in 3, 6 und 12 Monaten.

Knapp 4 Monate nach dem Akutereignis zeigte sich eine deutliche Größenprogredienz des maximalen Durchmessers der Aorta descendens von 4,4 cm auf nun 5,7 cm. Bei unverändertem Befund einen Monat später wurde mit Einwilligung des Patienten in einem Herzzentrum der Entschluss gefasst, den weiteren Zuwachs des Aortendurchmessers durch Versorgung mit Endovaskularprothese zu verhindern. Die Operation durch den Antragsgegner erfolgte wenige Tage später. Implantiert wurden 3 Endovaskularprothesen. In der intraoperativen Kontrollangiographie zeigte sich jedoch, dass sich das falsche Lumen über Reentrys weiterhin kräftig füllte. Da bei weiterer

Perfusion des falschen Lumens und daraus resultierender Druckbelastung weiterhin die Gefahr einer Ruptur bestand, wurde beschlossen, in einer zweiten Operation drei Tage später die abdominelle Aorta sowie die Beckenstrombahn durch eine herkömmliche Dacronprothese zu ersetzen mit Wiederanschluss der abdominalen Gefäße. Über das Risiko einer dauerhaften Querschnittslähmung wurde der Patient aufgeklärt. Ersetzt wurde bei diesem wiederum durch den Antragsgegner durchgeführten Eingriff die abdominelle Aorta unter temporärer Organprotektion durch hypotherme Organperfusion der abdominalen Organe sowie kontrollierte Liquordrainage zur Neuroprotektion des Rückenmarks. Postoperativ zeigte sich jedoch eine Querschnittslähmung.

Diskussion

Im Gegensatz zur Auffassung des Patienten sah die Kommission keinen Behandlungsfehler. Angesichts der Progredienz des Aortendurchmessers war die Indikation zur ersten Operation gegeben. Dass sie nicht zum gewünschten Erfolg führte, beruht nicht auf einem Behandlungsfehler. Auch bei der zweiten Operation ist ein Fehler nicht zu erkennen. Rückenmark schützende Maßnahmen (Liquordrainage) wurden ergriffen.