

# Nicht erkannter Ovarialabszess

## Fall

Die 46 Jahre alte Patientin suchte den Antragsgegner, Facharzt für Allgemeinmedizin, im Frühjahr 2008 innerhalb von 15 Tagen sieben Mal auf. Welche Untersuchungen der Antragsgegner jeweils vornahm und welche Befunde er im Einzelnen erhob, konnte die Kommission infolge mangelhafter Dokumentation und erheblicher Diskrepanz der Angaben der Patientin und des Antragsgegners nicht feststellen. Fest steht jedoch, dass die Patientin jeweils auch über suprapubische Schmerzen klagte, außerdem über Flanken- und Leistenschmerz rechts.

Ein nach dem ersten Besuch aufgesuchter Frauenarzt entfernte wegen Rückenschmerzen ein Intrauterinpeessar, ein nach dem vierten Besuch aufgesuchter Orthopäde diagnostizierte ein akutes LWS-Syndrom, das er mit Chirotherapie und lokaler Infiltration behandelte. Der Antragsgegner verordnete gegen die Beschwerden im Verlauf der Behandlung Diclofenac, Trazepam, Dexamethason, MCP-Tropfen, Ciprofloxacin.

Am Abend des letzten Behandlungstages wurde die Patientin auf eigene Initiative wegen ihrer Beschwerden in ein Krankenhaus gebracht, wo die klinische Untersuchung ein „Akutes Abdomen, Abwehrspannung, massiver Druckschmerz Unterbauch diffus, betont rechts UB [Unterbauch] und KS [Klopfeschmerz] Nierenlager“ ergab. Die Leukozytenzahl betrug 21 300, der CRP-Wert 17.

Die Patientin wurde sofort in die gynäkologische Klinik verlegt. Bei der folgenden Operation wurde ein Tubo-Ovarialabszess links, Peritonitis und Adhäsionsileus festgestellt. In den Folgetagen kam es zu einem Dünndarm-Ileus und einer Peritonitis. Dies erforderte eine erneute Laparotomie. Es wurde eine operative Laparoskopie mit Adhäsiolektomie, Biopsien, Bauchhöhlenlavage, Saug-Spül-Drainage und mediane Laparotomie, Salpingoovarektomie links, Adhäsiolektomie, Dünndarmdekompression durchgeführt.

## Diskussion

Zu erörtern war, ob der Antragsgegner die Unterleibserkrankung früher hätte erkennen müssen. Die Kommission hat diese Frage und damit einen Behandlungsfehler bejaht und dies damit begründet, dass der ständig bestehende suprapubische Schmerz in keiner Weise zu einer Lumboischialgie passte, ebenso wenig der Flanken- und Leistenschmerz rechts, der immerhin so stark war, dass er – auch nach Angaben des Antragsgegners – die Patientin veranlasste, stets ihre Hand dort darauf zu halten.

Dem Antragsgegner hätte auch auffallen müssen, dass keines der von ihm verordneten Medikamente eine auch nur kurzfristige Schmerzlinderung verursachte. Erst am Tage der Krankenhauseinlieferung hatte der Antragsgegner Blut abgenommen und eine Laboruntersuchung veranlasst.

Die genannten Faktoren hätten den Antragsgegner veranlassen müssen, schon eher differentialdiagnostisch andere Ursachen in Betracht zu ziehen, etwa eine Infektion des Bauchraumes. Durch Bestimmung der Körpertemperatur, Ultraschalluntersuchung, Bestimmung von BSG, CRP und der Leukozyten hätten weitere Erkenntnisse gewonnen werden können. Zwar hatte der Antragsgegner am Tage der Krankenhauseinlieferung noch Blut abgenommen, dessen Untersuchung – nachträglich – einen sehr hohen CRP-Wert und sehr hohe Leukozyten ergab, doch war das um wenigstens fünf Tage verspätet.

Die Unterlassungen waren kausal für einen Gesundheitsschaden. Zwar wäre der Patientin auch bei entsprechender früherer Krankenhauseinlieferung eine Operation wohl nicht erspart geblieben, auch ist nicht sicher, dass hierbei eine Laparoskopie ausgereicht hätte, doch wäre die Operation jedenfalls glimpflicher – weniger tiefgreifend und langdauernd – verlaufen, auch wäre die Patientin nicht, wie geschehen, in akute Lebensgefahr geraten.



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

*Autorenteam:  
Dr. iur. Eberhard Foth,  
Ulrike Hespeler,  
Matthias Felsenstein,  
Dr. med. Manfred Eissler*

Anzeige