

Tubensterilisation – Mängel bei Aufklärung und Behandlung

Freiwilliger Eingriff verlangt eine besonders intensive und umfassende Aufklärung – Folge 19 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

*von Herbert Weltrich und Herwarth Lent † **

Bei einer Tubensterilisation, die medizinisch nicht indiziert ist, handelt es sich um einen von der Patientin – zum Beispiel aus vertretbaren Gründen der Familienplanung – gewünschten freiwilligen Eingriff, der eine besonders intensive und umfassende Aufklärung verlangt, um die rechtswirksame Einwilligung sicherzustellen. Der Arzt hat, wie bei allen operativen Verfahren, auf die mit dem Eingriff verbundenen typischen Risiken hinzuweisen, zum Beispiel auf die Gefahr einer Verletzung des Darms oder anderer Nachbarorgane mit der Folge der Notwendigkeit eines weiteren Eingriffs.

Bei der Sterilisation durch Elektrokoagulation der Tuben ist auch auf das Risiko einer nicht immer vermeidbaren Organschädigung durch Überhitzung hinzuweisen. Darüber hinaus hat der Arzt frühzeitig vor der geplanten Sterilisation über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs aufzuklären und dabei auch die psychische Situation nach dem Eingriff sowie die Möglichkeit einer Rekanalisation der Tuben einzubeziehen. Für den Arzt ist weiter sehr wichtig, die Einzelheiten der Aufklärung und des Operationsvorgangs selbst sorgfältig zu dokumentieren. Dazu gehören auch Aufzeichnungen über einen eventuell auffälligen postope-

rativen Verlauf. Eine Verletzung der Dokumentationspflicht kann nach der Rechtssprechung zugunsten des Patienten Beweiserleichterung bis zur Beweislastumkehr ergeben.

Die Gutachterkommission hatte kürzlich eine zu erheblichen Gesundheitsschäden führende Sterilisationsoperation zu beurteilen. Der Krankheitsverlauf stellte sich nach den Unterlagen des beschuldigten niedergelassenen Gynäkologen und der nachbehandelnden Kliniken wie folgt dar:

Der Sachverhalt

Die seinerzeit 42-jährige Patientin stellte sich am 14. September erstmalig ambulant bei dem beschuldigten Gynäkologen vor. Sie äußerte den Wunsch nach einer Tubensterilisation. In dem handschriftlich ausgefüllten Anamnesebogen waren eingetragen: Letzte Regelblutung am 8. September, drei spontane Geburten in den Jahren 1979, 1980 und 1990 sowie eine Fehlgeburt im Jahre 1977 (Mens III). Die Frage nach Unterleibsoperationen oder anderen operativen Eingriffen wurde verneint. In der Karteikarte des Arztes war eine vaginale Untersuchung vermerkt, ohne dass besondere Feststellungen aufgeführt wurden.

Angaben zur Aufklärung

In einem der Karteikarte beige-fügten sechsseitigen Aufklärungsformular sind unter anderem die verschiedenen Methoden der Sterilisation beschrieben, ferner wie sicher diese seien. Als mögliche Komplikationen sind genannt: Verletzung der Gebärmutter oder angrenzender Organe (zum Beispiel Darm, Harnleiter, Blase, Nerven, Blutgefäße) durch Operationsinstrumente, elektrischen Strom oder Hitze, die gegebenenfalls eine operative Versorgung mit Eröffnung der Bauchhöhle notwendig mache. Auf der ersten Seite des Formulars findet sich handschriftlich unter der Formularüberschrift das Wort „Ausschabung“, auf der 6. Seite unter „Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch“ die handschriftliche Eintragung „Blutung, Darmverletzung, Infektion“ mit dem 25. September datiert und vom Arzt unterschrieben. In der letzten Rubrik ist angekreuzt: „Über die geplante Operation sowie eventuell erforderliche Erweiterungsmaßnahmen wurde ich im Aufklärungsgespräch mit Herrn Dr. A. ausführlich informiert.“ Weiter ist angekreuzt: „Einwilligung in die Sterilisation durch eine Bauchspiegelung und in die Verklebung durch elektrischen Strom (Koagulation).“

Das Formular ist von der Patientin unter dem 24. September unterschrieben. Die Sterilisation wurde für den nächsten Tag, den 25. September, vorgesehen.

Das Aufklärungsgespräch wurde bei der ersten Vorstellung am

* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Dr. med. Herwarth Lent, von 1975 bis 1999 Mitglied der Gutachterkommission für das Gebiet Innere Medizin, seit 1983 Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied, ist am 7. März 2003 im 83. Lebensjahr verstorben (siehe Nachruf Seite 28).

24. September in polnischer Sprache geführt. Patientin und Arzt sind polnischer Abstammung. Die Patientin spricht nicht deutsch und konnte das ihr am 24. mitgegebene Formular nur mit Hilfe Dritter sowie eines Lexikons und auch nur teilweise verstehen. Sie behauptet zudem, dass von einer Ausschabung nicht die Rede gewesen und der Hinweis „Ausschabung“ auf der 1. Seite des Formulars bei der Übergabe am 24. September nicht vorhanden gewesen sei. Gleiches gelte für die handschriftliche Eintragung der „Ärztlichen Anmerkung zum Aufklärungsgespräch“ auf Seite 6.

Operative Behandlung

Am 25. September erfolgt nach der Darstellung des Arztes eine ergänzende Aufklärung, die nicht weiter dokumentiert ist. Anschließend wird der operative Eingriff durchgeführt.

Im handschriftlichen Operationsbericht ist vermerkt: „Indikation Sterilisationswunsch. Operateur Dr. A. mit Assistenz durch zwei (namentlich genannte) Schwestern“. Zum Operationsverlauf ist stichwortartig angeführt: „Hysteroskopie (Polyp) ..., Abrasio, Laser .., Laparoskopie .. Situs: Mittel-Oberbauch mit Adhäsionsstrang vom Sigma zur Beckenwand ... Uterus vergrößert, Gefäß injiziert, fest im Douglas sitzend, Adnexe links zystisch verändert, rechts verwachsen mit Beckenwand. Beide Eileiter frei im Isthmus ... Laparoskopie, Pelviskopie mit bipolarer Adhäsionolyse der rechten Adnexe, Zystenfensterung links (pflaumengroß), Tubenligatur im isthmischen Verlauf mit bipolarer Zange an drei nebeneinander liegenden Stellen beidseits. Blut-trockenheit, Ablassen der Gase. Situationsnaht.“ In der Karteikarte findet sich danach der Stempel „Entlassung der Patientin in gutem AZ 13:00 Uhr“. Der nächste Eintrag lautet: „17:00 Uhr, Telefongespräch mit Ehemann, Patientin hat starke Schmerzen.“

Postoperativer Verlauf

Nach der Schilderung der Patientin setzten am Nachmittag zunehmende Bauchschmerzen ein, die sich auch nicht besserten nach Einnahme der Schmerzmittel, die vom Arzt in einem Rezept verordnet waren, das er der Patientin bei der Entlassung mitgegeben hatte. In dem Telefongespräch empfahl der Arzt, abzuwarten und die Medikamente weiter zu nehmen. Die Patientin solle sich zu dem bereits vereinbarten Termin am nächsten Tag in der Praxis vorstellen.

Chirurgische Notfallbehandlung

Da die Beschwerden der Patientin im Laufe des Abends immer intensiver wurden, veranlasste der gegen 23 Uhr gerufene Notarzt die stationäre Notfalleinweisung, nach der am Vormittag des 26. September ein operativer Eingriff folgte. Im Operationsbericht wird unter anderem geschildert: „... bereits bei der ersten Inspektion des Unterbauches lässt sich trübes Sekret erkennen mit fibrinbedeckten Dünndarmschlingen als Ausdruck einer Unterbauchperitonitis. Die Oberbauchregion ist unauffällig. Es wird die Indikation zur Laparotomie gestellt. ... Nach Eröffnen der Bauchhöhle wird zunächst das trübe Sekret abgesaugt, Abstrich davon zur Bakteriologie. Der Dünndarm wird hervorluxiert. Die Tuben zeigen sich nach endoskopischer Sterilisation offenbar begleitend inflammatorisch. Der Dickdarmrahmen ist regelrecht, hier kein Perforationshinweis. Bei der Revision des Dünndarms weist das Ileum stellenweise dicke fibrinöse Plaques auf, die teilweise abgestrichen werden können, teilweise jedoch sehr adhären sind und belassen werden. Circa 20 cm vor der ileocecalen Einmündung weist das Ileum auf der freien Darmwand eine quere Perforation von 1,5 cm auf mit glatten Rändern. Hier wird ein zweiter Abstrich entnommen. ... Die Mucosa wird fortlaufend mit atraumatischer Vicrylnaht ver-

schlossen, zweite Nahtreihe mit seromuskulären Einzelnähten ...“.

Postoperativ traten Fieberschübe bis 39,2° C auf. Die mikrobiologische Untersuchung des Douglassekretes ergab unter anderem den Nachweis von Clostridium perfringens, das heißt von grampositiven anaeroben sporenbildenden Bakterien aus der „Fäzes“. Zu diesem Zeitpunkt traten erneut Fieberschübe auf, so dass die Patientin am 30. September unter dem Bild eines septischen Geschehens in eine andere Klinik zur „hyperbaren Sauerstofftherapie“ verlegt wurde.

Erneute Laparotomie

Der inzwischen eingetretene schlechte Allgemeinzustand ergab die Indikation zur Re-Laparotomie. Hierbei fand sich als Ursache der Fieberschübe ein Mesenterialwurzelabszess. Dieser wurde eröffnet und gespült. Danach wurden Spül drainagen in die Bauchhöhle eingebracht. In den folgenden Tagen schlossen sich Spülungen und hyperbare Sauerstofftherapien an. Nach mehrtägigem Aufenthalt auf der Intensivpflegestation erfolgte die Verlegung auf die Allgemeine Station. Der weitere eher unkomplizierte postoperative Verlauf führte schließlich am 20. Oktober zur Entlassung aus der stationären Behandlung.

Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission nahm zu dem Sachverhalt wie folgt Stellung:

Beanstandet wurde zunächst die fehlende Indikation zur Abrasio und Hysteroskopie. Anamnestisch waren Blutungsprobleme irgendwelcher Art, die gegebenenfalls eine Abrasio gerechtfertigt hätten, nicht ermittelt worden. Auch ergab die feingewebliche Untersuchung des Abradates einen vollkommen unauffälligen Befund. Die Indikation zu dem Eingriff versuchte der Arzt in seiner Stellungnahme damit zu begründen, dass nach seiner Ansicht bei einer Tubensterilisation eine

Ausschabung des Uterus obligatorisch sei. Die Kommission hielt diese Aussage für nicht nachvollziehbar.

Da die Abrasio nicht indiziert war, konnte dahinstehen, ob diese Maßnahme Gegenstand des Aufklärungsgesprächs gewesen war, was die Patientin bestreitet. Eine Aufklärung über die vorgenommene Hysteroskopie hatte nach den Unterlagen nicht stattgefunden. Das nicht indizierte ärztliche Vorgehen war somit auch wegen der fehlenden Einwilligung der Patientin als rechtswidrig zu bewerten.

Gleiches gilt nach Auffassung der Kommission für die im Operationsbericht beschriebene Pelviskopie mit bipolarer Adhäsiolyse der rechten Adnexe und die Zystenfensterung links. Die Eileiter waren im isthmischen Bereich frei. Ausgeprägte Verwachsungen können nicht vorhanden gewesen sein, da bislang kein operativer Eingriff in der Bauchhöhle stattgefunden hatte und Folgen einer schweren Salpingitis, die auch zu Verwachsungen führen können, im Operationsbericht nicht beschrieben sind. Die Kommission bezeichnete die Adhäsiolyse und die Zystenfensterung auf der linken Seite vor allem auch deshalb als unverständlich, weil beides für die geplante Tubensterilisation wegen des freien isthmischen Eileiterbereichs nicht notwendig gewesen sei. Die Operation wurde also auch hier ohne Indikation erweitert. Gänzlich unverständlich ist der Eintrag „Laser“ im Operationsbericht. Ein Einsatz des Lasers konnte hier gar nicht in Betracht kommen. Es ist auch nicht erwähnt, wo der Laser eingesetzt worden sein soll.

Verletzung des Dünndarms

Zur Ursache der 1,5 cm großen Dünndarmverletzung 20 cm oberhalb der Einmündung des Dünndarms in den Dickdarm erörterte die Gutachterkommission zwei Möglichkeiten: Die Verletzung kön-

ne beim Einführen des Optik-Troikars eingetreten, aber auch im Rahmen der durchgeführten Adhäsiolyse der rechten Adnexe zustande gekommen sein.

Bei einer Verletzung durch den Laparoskopie-Troikar handele es sich um einen Vorgang, der nach Anlage des Pneumoperitoneums auch bei vorsichtigstem Einführen des Troikars nicht immer vermeidbar sei. Als vorwerfbarer Behandlungsfehler sei aber zu bewerten, dass der Operateur intraoperativ die verhältnismäßig große Dünndarmverletzung nicht festgestellt hat. Die ärztliche Sorgfalt gebiete nach Einführen der Instrumente zu prüfen, ob bei der Einführung des Troikars Verletzungen innerer Organe aufgetreten sind. Auch bei der beschriebenen Inspektion des Mittel- und Oberbauchs hätte der Arzt bei gehöriger Sorgfalt die Dünndarmverletzung erkennen und dann für die sofortige operative Behandlung Sorge tragen müssen.

Falls der Dünndarm erst im Rahmen der Adhäsiolyse verletzt worden sein sollte, sei – abgesehen von der fehlenden Indikation und Einwilligung – als vorwerfbar fehlerhaft die mangelnde Sorgfalt sowohl bei der Durchführung der Adhäsiolyse als auch beim Übersehen der eingetretenen verhältnismäßig großen Verletzung festzustellen.

Postoperativer Behandlungsfehler

Die Gutachterkommission hat schließlich das postoperative Verhalten des Arztes beanstandet. Nachdem er gegen 17 Uhr über die „starken Schmerzen“ in der Operationsgegend informiert worden war, hätte es die ärztliche Sorgfalt geboten, entweder sogleich einen Hausbesuch vorzunehmen, um sich einen persönlichen Eindruck von der gegenwärtigen Situation zu verschaffen, oder aber alsbald eine anderweitige ärztliche Untersuchung zu veranlassen. Er durfte es keinesfalls bei der Verordnung von Schmerzmitteln belassen, hätte vielmehr der Ursache der

Schmerzsymptomatik nachgehen müssen. Dies unterlassen zu haben, beurteilte die Gutachterkommission als vorwerfbar Behandlungsfehler.

Gesundheitliche Folgen

Zur Frage der verursachten Gesundheitsschäden stellte die Kommission Folgendes fest: Die Darmverletzung habe zu schwerwiegenden Komplikationen, nämlich zu zwei größeren Revisionsoperationen mit längerem Krankenhausaufenthalt geführt. Hätte der Arzt im Falle der nicht immer vermeidbaren Darmverletzung bei der Einführung des Troikars danach die erforderliche Sorgfalt gewahrt, so wäre aufgrund der sofort veranlassten Revisionsoperation der weitere Verlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit wesentlich günstiger gewesen. Entsprechendes gelte auch, wenn der Arzt bereits unmittelbar nach 17 Uhr pflichtgemäß für die nun gebotene operative Behandlung gesorgt hätte.

Ein weiterer Gesundheitsschaden liegt in der unnötigen Operationserweiterung (Hysteroskopie, Abrasio, Zystenfensterung, Adhäsiolyse). Insgesamt wertete die Gutachterkommission die ärztliche Behandlung als medizinisch nicht mehr verständlich und damit als schwerwiegend fehlerhaft.

Ärztliche Körperschaften im Internet

www.aekno.de

Ärztelkammer Nordrhein

www.kvno.de

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

www.arzt.de

Deutsches Ärztenetz