

Anwendungsfehler bei der Punktionsdrainage der Harnblase

von Volkmar Lent, Bernd Luther und Erwin Wolf

Die Gutachterkommission ist in den vergangenen Jahren wiederholt mit der Überprüfung von urologischen Behandlungen befasst worden, bei denen es im Rahmen der Punktionsdrainage der Harnblase zu Verletzungen mit erheblichen Folgen für die Patienten gekommen ist. Da es sich hierbei in aller Regel um vermeidbare Komplikationen gehandelt hat, besteht Anlass, an Beispielsfällen den jeweiligen Sachverhalt und dessen Beurteilung darzustellen und die auftretenden Fehlerrisiken deutlich zu machen.

Vorausgeschickt sei, dass mit der Harnblasendrainage durch die Bauchdecken im Gegensatz zu der Dauerkatheterung der Harnröhre Komplikationen der Harnröhre (auch bei der Frau) und der Genitalorgane beim Mann verhindert werden sollen. Anders als vielfach angenommen kommt es auch bei der Harnableitung durch die Bauchdecken zeitversetzt, aber zwangsläufig zu einer katheterbedingten Infektion, die sich jedoch meistens nur auf den Katheterkanal und die Harnblase auswirkt.

Diesen nachhaltigen Vorteilen der harnröhrenfreien Harnblasenableitung stehen erhebliche Anwendungsrisiken der Harnblasenfistelung gegenüber. Während die Harnröhre mit Ausnahme von Verengungen durch Vernarbungen, Verletzungen, Prostatawucherungen oder Steinen meistens katheterisierbar ist, muss der Drainageweg durch die Bauchdecken durch eine Punktionsfistelung sachgerecht hergestellt werden. Voraussetzungen hierfür sind eine ausreichende Füllung und Freilage der Harnblase, eine fehlende Blutungsneigung und Venenstauung sowie eine korrekte Punktions Technik.

Fall 1

Bei der 79-jährigen Patientin bestand in Folge eines Diabetes mellitus und einer arteriellen Hypertonie nach rezidierten Hirninfarkten mit linksseitiger Hemiparese eine chronische Harninkontinenz.

Nach anfänglicher Versorgung mit Vorlagen und vierwöchiger Ableitung durch einen Harnröhrenkatheter wurde in der Neurologischen Abteilung einer Reha-Klinik die Indikation zu einer Punktionsdrainage der Harnblase gestellt.

Von dem behandelnden Neurologen wurde ein gebräuchlicher Aufklärungsbogen mit den aktuellen Gerinnungswerten ausgefüllt. Eine Unterbrechung der Einnahme eines Thrombozytenaggregationshemmers (ASS 100) und eine Kontrolle des Harnstatus erfolgten nicht.

Der konsiliarisch zugezogene Urologe unternahm einen Punktionsversuch und dokumentierte: „Frustrane SPK-Anlage. Blase ließ sich nicht ausreichend füllen, Punktion nicht möglich. Bitte Abdomen beobachten.“ In seiner Stellungnahme im Überprüfungsverfahren führte er dazu aus, der transurethrale Katheter sei zwar vereinbarungsgemäß abgeklemmt worden, habe aber in der sonographischen Kontrolle keine ausreichende Füllung gezeigt, sodass er diese über den Dauerkatheter durchgeführt habe.

Dabei habe die Patientin aufgrund des zunehmenden Drucks unruhig reagiert, sodass die Füllung nicht maximal habe durchgeführt werden können. Bei der danach durchgeführten Punktion sei die Perforation der Blase nicht gelungen. Der Eingriff sei nicht zuletzt wegen der Abwehr der Patientin abgebrochen worden.

Etwa vier Stunden später wurde die Patientin wegen starker Bauchschmerzen, Erbrechen und Schweißausbruch in eine Klinik für Chirurgie verlegt. Bei der Notfall-Laparotomie fanden sich im Bauchraum etwa 1,5 l Blut aus verletzten Bauchwandgefäßen (Vasa epigastrica) sowie eine Durchstichverletzung der letzten Dünndarmschlinge. Die Verletzungen wurden sachgerecht versorgt. Die Patientin erholte sich jedoch von dem Eingriff nicht und verstarb etwa vier Wochen später.

Beurteilung

In dem gutachtlichen Bescheid wurde die Behandlung in mehreren Punkten als fehlerhaft beurteilt: Entgegen der allgemei-

nen Empfehlung, etwa 5 bis 7 Tage vor dem Eingriff die Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmern abzusetzen, sei dies nicht geschehen, sodass die Blutgerinnung bei der Patientin eingeschränkt gewesen sei.

Ferner sei der Harnstatus vor der Behandlung nicht auf Infektfreiheit kontrolliert worden, obwohl in Folge der vierwöchigen Dauerkatheterableitung eine bakterielle Harninfektion mit entsprechender Zystitis mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen gewesen sei. Diese unbehandelte Katheterzystitis sei möglicherweise der Grund dafür gewesen, dass sich die Harnblase nicht ausreichend habe auffüllen lassen.

Eine Harnblase müsse aber mit mehr als 300 ml gefüllt sein, um ihren extraperitonealen Anteil, das Interventionsfenster, zu treffen. Als fehlerhaft wurde in dem Bescheid vor allem die Tatsache angesehen, dass der Urologe trotz der unzureichenden Blasenfüllung Punktionsversuche überhaupt durchgeführt und diese seitlich der Mittellinie vorgenommen hat.

Schließlich habe er es auch pflichtwidrig unterlassen, die von ihm selbst für notwendig erachtete Beobachtung des Abdomens selbst durchzuführen, statt sie dem betreuenden Neurologen zu überlassen. Der vier Wochen später eingetretene Tod der Patientin sei zwar eine mittelbare Folge der nicht fachgerechten Behandlung, jedoch sei die vorbestehende Multimorbidität der Patientin die richtungsweisende Teilursache gewesen.

Fall 2

Bei dem 72-jährigen Patienten bestand nach früherer Beckenfraktur mit Harnröhrenverletzung eine rezidierte Harnröhrenverengung. Nach auswärtigen Voruntersuchungen durch eine Ausscheidungsurographie und eine Computertomographie erfolgte in der belasteten Klinik nach der Ultraschalluntersuchung der Harnorgane und einer Aufklärung über eine Harnröhrenschlitzung zunächst eine Harnröhrenspiegelung ohne Erkennung einer Restlitzung. Um diese durch einen Farbstoff (Methylenblau) darzustellen, wurde die Harnblase bei einer durch Ul-

traschalluntersuchung ermittelten Füllung von etwa 550 ml nach wiederholter Punktion gefistelt. Die Harnröhrenverengung ließ sich nunmehr durch die Harnblasenfüllung mit Methylenblau erfolgreich sondieren und schlitzten.

Während des Eingriffes kam es zu einem akuten Schocksyndrom mit Abfall des Hämoglobins von 15 auf 9 mg/dl und mit Nachweis von freiem Blut (durch Sonographie und Probepunktion) in der Bauchhöhle. Bei der Notfall-Laparotomie fanden sich nach Kompression der Aorta längsverlaufende Stichverletzungen der rechten Beckenarterie und -vene (A. u. V. iliaca communis), die nach Ausklemmen durch direkte Naht versorgt wurden. Mit dem Ersatz des Blutverlustes durch 12 Erythrozytenkonzentrate und 14 Frischplasma war die akute Lebensbedrohung abgewendet und der Heilungsverlauf zunächst erfolgreich.

Etwa 4 Wochen nach dem Eingriff kam es bei dem Patienten zu einer Claudicatio intermittens des rechten Beins. Bei einer Kernspinangiographie zeigte sich ein Verschluss der rechten Beckenarterie. Deswegen wurde ein Iliaco-Iliacaler-Cross-Over-Bypass von links nach rechts gelegt.

Beurteilung

Die behandelnden Urologen haben in diesem Fall die Punktionsverletzung der Beckengefäße mit einem unglücklichen

Zusammentreffen von anatomischen Besonderheiten nach früherem Beckentrauma und ausgedehnten Vernarbungen bei Arteriosklerose und Medialisierung der Beckengefäße zu erklären versucht. Jedoch waren gemäß den Feststellungen des gutachtlichen Bescheides derartige, über alltägliche Vorkommnisse hinausgehende Besonderheiten in den vorbekannten bildgebenden Untersuchungen nicht erkennbar.

Außerdem sind von den punktierenden Ärzten nicht die medialisierten Anteile der Beckengefäße verletzt worden, sondern deren zentrale Anteile 1 cm distal der Aorten-Bifurkation. Nach ärztlicher Erfahrung kann eine derartige Verletzung nur durch eine fehlerhafte Punktionsstechnik entstanden sein, bei der die Punktionsrichtung und vor allem die Punktionstiefe nicht der sonographisch dargestellten Harnblasenlage entsprachen. Dies wäre unter Einhaltung der erforderlichen Sorgfalt zu vermeiden gewesen.

Aus gefäßchirurgischer Sicht war die notfallmäßige Versorgung der Gefäßverletzung durch den Chefarzt der Urologischen Klinik, der die Operation nach Feststellung der Verletzung übernahm, für den Patienten lebensrettend. Die Nichtinzuziehung eines Gefäßchirurgen wäre an sich als fehlerhaft zu bewerten. Jedoch wurde dies in dem gutachtlichen Bescheid für den konkreten Fall verneint, weil der nunmehrige Operateur durch sein Vorgehen die notwendige gefäßchirurgische

Kompetenz bewiesen habe und ihm deshalb die Hinzuziehung eines Gefäßchirurgen nicht vorgeworfen werden könne.

Allerdings müsse die angiologische Nachsorge als unzureichend bezeichnet werden, weil bei ihr auf elementare Methoden der Qualitätskontrolle verzichtet worden sei, sodass der iatrogene Verschluss der Beckenarterie erst mit Verzögerung erkannt und gefäßchirurgisch saniert worden sei.

Schlussbemerkung

Die beiden Fälle machen deutlich, dass die Indikation zur suprapubischen Punktionsdrainage der Harnblase wohl meist zutreffend gestellt wird, jedoch deren operationstechnische Durchführung bisweilen nicht voll beherrscht wird. Daher bedarf es zur Vermeidung der mit dieser Behandlung verbundenen hohen Risiken mit der Gefahr erheblicher Gesundheitsschäden der besonderen Sorgfalt des Operateurs bei der Durchführung des Eingriffes.

Prof. Dr. med. Volkmar Lent ist korrespondierendes Mitglied für das Fachgebiet Urologie, **Prof. Dr. med. Dr. phil. Bernd Luther** ist korrespondierendes Mitglied für das Fachgebiet Gefäßchirurgie und Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied, **Dr. jur. Erwin Wolf** ist Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein



Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein

Fortbildungsveranstaltung

„Stellenwert der Anti-Aging-Therapie – was ist sinnvoll, was ist unnötig?“

Datum: Mittwoch, 23. April 2008, 16.00 – 19.30 Uhr, Ort: Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Vortragsthemen

- Der Mechanismus des Alterns - Endokrinologische Grundlagen des Alterwerdens
- Sinn und Unsinn der Anti-Aging-Therapie
- Anti-Aging mit dem Messer?
- Der psychosomatische Hintergrund von Anti-Aging
- Therapie oder Körperverletzung? Rechtliche Grundlage der Anti-Aging-Medizin

Referenten/Moderatoren:

A. Haus, Dr. Josten, Prof. Dr. Klingmüller, Prof. Dr. Liebau, Dr. Mecking, Dr. Monhof, Dr. Schaefer, Dr. Schüller, Dr. Schulenburg, Prof. Dr. Schulz

Zertifiziert: 4 Punkte

Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: IQN@aekno.de

Rückfragen unter

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Geschäftsführerin: Dr. med. Martina Levartz, MPH
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Tel.: 0211/43 02-1571, Fax: 0211/43 02-18571
Internet: www.iqn.de

IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein

Eine Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein