PATIENTENSICHERHEIT 01.09.2011

Safety Clip: Koloskopie – Wenn aus Komplikationen Behandlungsfehlervorwürfe werden

Die Koloskopie gilt in der Darmkrebsvorsorge als Gold-Standard und als eine Untersuchungsmethode mit einer geringen Komplikationsrate. Selten kommt es zu gefährlichen Blutungen oder zu einer operationsbedürftigen Verletzung der Darmwand.

Die Komplikationsrate könnte allerdings höher sein als bisher angenommen, denn heutzutage wird diese diagnostische Maßnahme oft ambulant durchgeführt. Die Patienten werden wenige Stunden nach der Untersuchung wieder nach Hause entlassen. Wenn sie dann Komplikationen erleiden, wenden sie sich nicht notwendigerweise an den Arzt, der die Endoskopie durchgeführt hat. Daher werden nicht alle Komplikationen erfasst. Fakt ist: Patientenbezogene Faktoren (Alter, Geschlecht, Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten), die Wahl des Verfahrens (Polypektomie, Sedierung) sowie die Koloskopiefrequenz bzw. die Qualifikation des Untersuchers können sich auf die Komplikationsrate auswirken.

Komplikationen bei ambulanter Koloskopie (kanadische Studie)

- Blutungsrate: 1 in 600 Koloskopien (1/600)
- Perforationsrate: 1 in 1.200 Koloskopien (1/1.200)

(Quelle: Rabeneck L et al. Bleeding and perforation after outpatient colonoscopy and their risk factors in usual clinical practice. Gastroenterology 2008 Dec; 135:1899)

Eine anschauliche Darstellung der individuellen eingriffsbezogenen Risikokonstellation ist gebotene ärztliche Pflicht, deren Unterlassung erhebliche Konsequenzen haben kann, wie ein Fallbeispiel aus der aktuellen Rechtsprechung zeigt.

Aushändigung eines Aufklärungsbogens ersetzt nicht das Arzt-Patienten-Gespräch

Unabhängig vom Vorliegen eines Behandlungsfehlers kann eine Haftung für die Folgen einer Koloskopie vorliegen, wenn die Einwilligung in den Eingriff mangels hinreichender Aufklärung unwirksam gewesen ist. Im vorliegenden Fall hatte der gastroenterologische Facharzt den handelsüblichen Aufklärungsbogen zwar rechtzeitig an den Patienten ausgehändigt, sich aber bei Abgabe des unterzeichneten Vordrucks lediglich erkundigt, ob noch Fragen bestehen. Diese in der Praxis und Klinik durchaus übliche Art der Gesprächsführung unmittelbar vor einer Endoskopie wurde vom Gericht als nicht ausreichend bewertet.Der beklagte Arzt konnte den Nachweis nicht erbringen, dass die Risiken der Koloskopie – insbesondere die Gefahr einer Darmperforation mit nachfolgender Operation und Anlage eines künstlichen Darmausganges – dem Patienten vor seiner Entscheidung ausreichend dargelegt wurden. Eine Kolonperforation nach Polypektomie machte beim Kläger eine solche OP (Sigmaresektion) erforderlich. Aufgrund der nicht rechtswirksamen Einwilligung sprach das Gericht dem Geschädigten im Berufungsverfahren ca. 70.000 Euro Schmerzensgeld zu (OLG Oldenburg, AZ 5 U 43/08, publiziert in openJur).

Polypentfernung: Erhöhtes Risiko der Darmperforation

Die Perforationsgefahr bei einer Koloskopie erhöht sich, wenn gleichzeitig mittels Schlinge ein Polyp entfernt wird. Auf dieses Risiko muss der Patient explizit hingewiesen werden. Ebenso hat der Untersucher die Vor- und Nachteile der Maßnahme sorgfältig abzuwägen.Nicht bei jedem Polypen besteht eine Indikation zur Abtragung, wie folgendes Beispiel belegt: Hält der Untersucher eine kleine Wucherung im Bereich des Coecalpols aufgrund ihres Aussehens für ein Lipom und entscheidet sich trotzdem für eine Schlingenabtragung, kann dies einen Behandlungsfehler darstellen. Das Risiko der Darmverletzung ist in diesem anatomischen Bereich deutlich erhöht und der Untersucher setzt sich dem Vorwurf aus, ohne Not die Gefahr einer Perforation eingegangen zu sein (zitiert aus einem Gutachten in einem Schlichtungsverfahren).

Vermeidbare Fehler nach einer Koloskopie

Nicht selten findet sich nach einer Schlingenabtragung von Tumoren im Kolon beim Patienten eine Reizung des Peritoneums, was mit Unterbauchschmerzen einhergehen kann. Kommen weitere Symptome wie Übelkeit und ein Anstieg von Entzündungsparametern hinzu, müssen diese als Hinweise auf eine Komplikation

ernst genommen werden und erfordern ein zügiges Handeln. Ob die erforderlichen Maßnahmen tatsächlich in ausreichendem Maße getroffen worden sind, lässt sich anhand der Patientenakten im Falle einer Anspruchsstellung oft nicht nachweisen.

Fehlerhafte Prozesse, die im Zusammenhang mit einer Koloskopie eine Schädigung des Patienten zur Folge hatten, und einige typische Dokumentationslücken seien hier erwähnt:

- Der Untersucher bricht eine Koloskopie wegen unüberwindbarer Stenose ab, trifft nur mündliche Anordnungen. Wegen lückenhafter Weitergabe der Informationen werden die nach einigen Stunden auftretenden klinischen Beschwerden von den behandelnden Ärzten nicht sofort als Indiz für eine mögliche Perforation interpretiert. Stattdessen wird eine Schmerztherapie verordnet. Eine erneute Visitation unterbleibt, bis eine weitere Zustandsverschlechterung zur Hinzuziehung des diensthabenden Arztes führt.
- Differentialdiagnostische Maßnahmen wie eine Kontrastmitteldarstellung des Dickdarms werden mit zeitlicher Verzögerung eingeleitet.
- Hinweise auf eine Zustandsverschlechterung des Patienten nach Koloskopie werden im Pflegebericht notiert. In der ärztlichen Verlaufsdokumentation fehlen Einträge, die eine umfassende Befunderhebung belegen.
- Erhobene Laborbefunde (Anstieg von CRP, Leukozyten), die auf ein Entzündungsgeschehen hindeuten, werden nicht kontrolliert. Dadurch verzögern sich Diagnose und Therapie der Komplikation.
- Laborparameter werden fehlinterpretiert: Der Abfall von Leukozyten und der zeitgleich dramatisch ansteigende CRP-Wert werden nicht als Anzeichen einer lebensbedrohlichen Sepsis erkannt. Eine Differentialdiagnostik bei anhaltender Schmerzsymptomatik wird unterlassen.
- Die Antibiose wird post-operativ (nach Sigmaresektion bei Vorliegen einer Darmperforation) nicht fortgesetzt. Ursächlich dafür ist eine Lücke in der Informationsübermittlung zwischen Operateur und Stationsarzt.

Klinisches Risikomanagement Koloskopie

Ein funktionierendes Komplikationsmanagement zeichnet sich dadurch aus, dass bei allen Ärzten im Behandlungsteam das notwendige Risikobewusstsein für die angewandten Diagnostik- und Therapieverfahren vorhanden ist. Nicht nur der Untersucher, sondern alle beteiligten Ärzte und das Pflegepersonal müssen die typischen Komplikationen kennen. Während der Untersuchung ist ein gerätegestütztes Monitoring der Vitalparameter (Pulsoxymeter) erforderlich. Post-interventionell ist eine regelmäßige Visitation des Patienten notwendig, um Zustandsänderungen zeitnah zu erfassen. Bei Anwendung von Sedativa gelten darüber hinaus strenge Sicherheitsmaßstäbe, die in der S3-Leitlinie zur Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie exakt definiert sind.Bereits die ersten, vielleicht noch unspezifischen Anzeichen einer Komplikation erfordern Beachtung und weitere Diagnostik – hierzu sollten in der Fachabteilung Algorithmen und Richtlinien existieren, die sich an den Vorgaben der Fachgesellschaft orientieren.Nach Erkenntnissen aus der Schadenfallanalyse hat die Informationskette oft entscheidenden Einfluss auf den weiteren Komplikationsverlauf.

Es empfiehlt sich daher, vorsorglich klare Anweisungen zu formulieren, wie im Komplikationsfall die erhobenen Befunde und Informationen verlässlich kommuniziert und wie sie für eine Entscheidungsfindung zügig auf Facharztebene verdichtet werden sollen. Die Diagnostik und Behandlung einer Komplikation kann und darf nicht bis zur nächsten regulären Visite warten!Nach Einleitung der notwendigen medizinischen Maßnahmen für den Patienten sollte auch daran gedacht werden, den Vorfall unter Haftungsgesichtspunkten zu betrachten. Zur eigenen Absicherung ist es daher sinnvoll, das dokumentierte Vorgehen und die Patientenakte auf Vollständigkeit zu prüfen!Last but not least: Jede bedeutsame Komplikation sollte zum Anlass genommen werden, die abteilungsinternen Vorgehensweisen und Standards zu hinterfragen und ggf. zu aktualisieren. Eine interprofessionelle Fallkonferenz mit einem strukturierten Vorgehen bietet dazu die richtige Plattform.

Literatur

The Incidence and Cost of Unexpected Hospital Use After Scheduled Outpatient Endoscopy. Leffler, Daniel A et al. Arch Intern Med. 2010;170(19):1752-1757.
Complications of colonoscopy in an integrated health care delivery system. Levin TR et al.Ann Intern Med 2006 Dec 19; 145:880-6.S3 Leitlinie zur Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie, DGVS. 2008. AWMF-Register-Nr. 021/014OLG Brandenburg: Koloskopie und Aufklärungspflichten, Urteil vom 27.03.2008 (AZ 12 U 239/06)OLG Oldenburg, Urteil vom 27.05.2009 (AZ 5 U 43/08), Publiziert in Internetportal openJur 2010, 227Vermeidbare Fehler bei der Koloskopie: Aus der Arbeit der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein. Rheinisches Ärzteblatt 09/2000Aus Fehlern lernen: Durchführung einer Koloskopie bei gesundheitlich vorbelasteten Patienten. Ärzteblatt Baden-Württemberg. ÄBW 10/2008Schadenakten der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, u.a. Gutachten der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen ÄrztekammernProktologie: Sedierung und Überwachung während der Koloskopie aus Sicht des Chirurgen. Giensch, M. Chirurgen Magazin 36, 6. Jahrgang, Heft 6.08

Siering M. Safety Clip: Koloskopie – Wenn aus Komplikationen Behandlungsfehlervorwürfe werden. Passion Chirurgie. 2011 September; 1(9): Artikel 03_03.