

# **Vertuschungsgutachten**

nach

**chirurgischen Kunst- und Behandlungsfehlern**

**Dokumentation eines Skandals**

von

**Professor Dr. med. Arno Krug  
Theodor-Fontane-Str. 20  
95032 Hof / Saale**

**Telefon: 09281794859  
Fax-Nr: 09281794859  
e-mail : arnokrug@yahoo.de**

## **Einleitung**

Chirurgen können einen Behandlungserfolg nicht garantieren, zu komplex sind die Faktoren, die zum Heilerfolg beitragen; so zum Beispiel das Alter des Patienten, Vor- und Begleiterkrankungen, ein Krebsleiden das bereits soweit fortgeschritten ist, das eine Heilung nicht mehr möglich ist. Ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis kann aber auch zustande kommen durch chirurgische Kunst- und Behandlungsfehler oder eine Verkettung unglücklicher Umstände. Sind die letztgenannten Ursachen verantwortlich für einen Misserfolg, hat der Patient ein Anrecht auf Entschädigung. Im Einzelfall ist es mitunter schwer zu entscheiden, ob chirurgische Kunst- und Behandlungsfehler zum Misserfolg geführt haben oder die erstgenannten Faktoren verantwortlich sind. Um diese Frage zu klären, werden vom Gericht von entsprechenden Experten Gutachten eingeholt. Die Gutachter sind eigentlich verpflichtet neutral, umfassend und sachgerecht, unbeeinflusst von Kollegialitätsrücksichtungen, die Gründe für den chirurgischen Eingriff (Operationsindikation) , das chirurgische Vorgehen sowie die postoperativen Behandlungsmassnahmen zu analysieren, um dann die Frage zu beantworten, ob Kunst- und Behandlungsfehler und/oder Sorgfaltspflichtverletzungen, die einem Facharzt für Chirurgie nicht unterlaufen sollten, gemacht wurden. Wichtig ist auch die Beurteilung, ob etwaige Komplikationen rechtzeitig erkannt und sachgerecht behandelt wurden. Die

Beantwortung dieser Frage ist wichtig, da beim rechtzeitigen Erkennen von Komplikationen diese in der Regel noch wirkungsvoll behandelt werden können. Zur Katastrophe kommt es erst, wenn bei der Behandlung der Komplikationen entscheidende Fehler gemacht werden (Siewert und Mitarb. 1993). Wichtig ist ausserdem, ob der Patient vor dem Eingriff, insbesondere bei neuen noch nicht über einen längeren Zeitraum erprobten Operationsverfahren, richtig und umfassend aufgeklärt wurde, um rechtskräftig in den geplanten Eingriff einwilligen zu können.

Wie die folgende Dokumentation aus der Begutachtungspraxis in fünf Schadensfällen zeigen wird, wurden in diesen Fällen entgegen den geltenden berufsethischen Prinzipien, auch von Universitätsgutachter, Vertuschungsgutachten erstellt, und dadurch verhindert, dass die Patienten für den durch chirurgische Kunst- und Behandlungsfehler erlittenen Schaden entschädigt wurden.

Der entscheidende Nachteil auf Patientenseite besteht darin, dass der Patient, sein Anwalt und das Gericht nicht über die medizinischen Kenntnisse verfügen, um zu erkennen, inwieweit die Gutachter eben nicht wahrheitsgemäss urteilen, Kunst- und Behandlungsfehler nicht benennen oder verharmlosen und den Behandlungsmisserfolg als schicksalhaft bedingt erklären und Aufklärungsversäumnisse verneinen.

Durch dieses Fehlverhalten der Gutachter wird eine wichtige Möglichkeit zur Verbesserung der chirurgischen Behandlung nicht genutzt. Eine anonyme objektive Analyse und Veröffentlichung chirurgischer Kunst- und Behandlungsfehler wäre nämlich ein ideales Instrument, um zukünftige Kunst- und Behandlungsfehler zu vermeiden. In der Industrie ist es üblich, z.B. nach Flugzeugabstürzen oder anderen Katastrophen, durch eine Fehleranalyse wichtige Erkenntnisse zur Vermeidung künftiger Unfälle zu gewinnen. Auch für die chirurgische Praxis wird eine schonungslose Fehleranalyse gefordert (Troidl und Mitarb. 1993), um aus den Fehlern zu lernen. Leider wird dies in der Gutachterpraxis häufig aus falsch verstandener Kollegialität versäumt.

### Fall 1

Die Patientin, ihr Anwalt und das Gericht sind nicht in der Lage wegen fehlender medizinischer Kenntnisse, den Kunstfehler, der zur Amputation des linken Beines bei der jungen Frau führte, zu erkennen. Obwohl die universitären Gutachter verpflichtet gewesen wären, das Gericht auf den Kunstfehler hinzuweisen, beschränkten sie sich auf die Beantwortung der vom Gericht gestellten, für die Beinamputation aber völlig unwesentlichen Fragen. Das unwesentliche Problem war, wann und durch welchen Arzt die Kniegelenksvereiterung verursacht wurde. Bei der jahrelang andauernden Behandlung der Kniegelenksergüsse mit Beschwerden wegen einer anlagebedingten Verrenkungsneigung der Kniescheibe am linken Bein mit wiederholten diagnostischen und therapeutischen Kniegelenkspunktionen und erfolgter Kniescheibenentfernung war es im nachhin- ein nicht mehr möglich, einen bestimmten Arzt für die eingetretene Kniegelenksvereiterung verantwortlich zu machen.

Die entscheidende Ursache für die schliesslich erforderliche Beinamputation war aber, dass bereits 5 Wochen nach der Kniegelenksvereiterung ein Kunstgelenk mit hierbei notwendiger Eröffnung der Knochenräume am Ober- und Unterschenkel eingesetzt wurde trotz anhaltender Temperaturen und Gelenkschmerzen. Fünf Wochen später wurde sogar noch das Kunstgelenk ausgewechselt. Trotz der Entfernung des Kunstgelenkes 14 Tage später und der operativen Gelenkversteifung kam die Knocheninfektion am linken Bein nicht zum Stillstand sondern breitete sich schliesslich im Ober- und Unterschenkel aus. Auch mehrfache operative Revisionen konnten nicht mehr verhindern, dass zur Lebensrettung 8 Monate später eine Amputation des linken Beines notwendig wurde. Damit war der Leidensweg der Patientin aber noch nicht zu Ende. In der Folgezeit litt die

Patientin unter therapieresistenten Phantomschmerzen am Oberschenkelstumpf, sodass sogar eine Morphinpumpe operativ eingesetzt werden musste.

Die Patientin ist zu entschädigen, da die Einsetzung eines Kunstgelenkes so früh nach einer Kniegelenksinfektion bei deutlichen Zeichen einer fortbestehenden Infektion ein Kunstfehler ist.

Zusätzlich ist interessant, dass dieses Vertuschungsgutachten auf einer Tagung des Berufsverbandes der Chirurgen am 4.3.2003 in Leipzig mit dem Thema: "Der Chirurg als Sachverständiger im Kunstfehlerprozess" zur Diskussion verwendet wurde. Völlig überrascht waren die Veranstalter, als der Autor dies Gutachten als typisches Vertuschungsgutachten bezeichnete, weil die Beinamputation bei der Patientin, wie oben dargelegt, wegen eines Kunstfehlers erfolgte, worüber Einigkeit bei den anwesenden Chirurgen herrschte. Die Veranstalter waren aber nicht bereit, Namen der Patientin oder das Aktenzeichen des Gerichtsverfahrens preiszugeben, um im nachhinein doch noch eine Entschädigung der Patientin zu erreichen und die universitären Gutachter zu belangen oder wenigstens anzuprangern.

## Fall 2

Auch in diesem Fall handelt es sich um ein zur Diskussion gestelltes Sachverständigengutachten auf der Leipziger Tagung, wie im Fall 1.

Bei einem 52-jährigen Mann in gutem Allgemeinzustand ohne Begleiterkrankungen wird eine Dickdarmentfernung im letzten Viertel oberhalb des Afters (lateinisch: anteriore Rektumresektion) wegen einer bösartigen Geschwulst erforderlich. Es wird zusätzlich ein sogenanntes Dickdarmreservoir am verbliebenen Dickdarm gebildet und dieses Reservoir mittels Klammergerät an den Dickdarmrest oberhalb des Afters angeschlossen. Zur Sicherheit wurde am aufsteigenden Dickdarm rechts ein künstlicher Darmausgang angelegt. Am zweiten Tag nach der Operation kommt es zum Nahtbruch an den vereinigten Dickdarmenden im kleinen Becken, der sofort entdeckt wird. Der Patient wird umgehend nachoperiert. Die nachfolgenden und noch im Einzelnen zu diskutierenden Behandlungsmassnahmen können den Tod des Patienten infolge einer fortschreitenden allgemeinen eitrigen Bauchfellentzündung (lat. Peritonitis) nicht verhindern.

War nun dieser Verlauf schicksalhaft, wie der Gutachter meint oder durch Behandlungsfehler bedingt?

Vorausgeschickt muss Folgendes werden: Die Erfahrung in der täglichen Praxis in der Bauchchirurgie besagt, dass bei den häufig vorgenommenen Dickdarmentfernungen wegen bösartiger Geschwülste oder Entzündungen ein postoperativer Nahtbruch nicht selten ist, sondern bei bis zu 10-12% der Patienten eintritt. Bei richtiger Behandlung führt dies bei einem sonst gesunden und 52 Jahre alten Patienten nicht zwangsläufig zum Tode.

Bei einem sofort erkannten Nahtbruch zwei Tage nach der Erstoperation besteht zunächst nur eine umschriebene Bauchfellentzündung im Bereich der Verunreinigung durch die nicht mehr dichte Darmverbindung im kleinen Becken und noch keine allgemeine Bauchfellentzündung.

Die bereits von Kirschner 1926 angegebenen und heute noch gültigen chirurgischen Behandlungsmassnahmen in dieser Situation sind: Wiedereröffnung der ursprünglichen Operationswunde, Aufhebung der Dickdarmverbindung, Verschluss des zum After führenden Dickdarmrestes, Herausleiten des proximalen Dickdarmschenkels im linken Mittelbauch seitlich, d.h. weit entfernt von der in der Bauchmitte gelegenen Operationszugangswunde, Säuberung des kleinen Beckens durch intensive Spülung mit physiologischer Kochsalzlösung mit anschliessender Drainageschlaucheinlage ins kleine Becken sowie Verschluss der ursprünglichen Operationswunde. Unter

Intensivbehandlung mit Gabe von Breitbandantibiotika kann der weitere Verlauf zunächst abgewartet werden. In den meisten Fällen, vor allem beim Bestehen eines vorgeschalteten Darmschutzausganges, wie bei diesem Patienten, sind keine weiteren chirurgischen Massnahmen erforderlich. Sollte sich allerdings in der Folgezeit der Allgemeinzustand verschlechtern und die zu überprüfenden Laborparameter auf eine zunehmende allgemeine Bauchfellentzündung hinweisen, dann ist die heute übliche Maximaltherapie anzuwenden. Diese besteht nach Teichmann und Mitarb. 1986 in folgendem Vorgehen:

Der Bauchraum wird revidiert und von entzündlichem Material so weit wie möglich gesäubert und mit 20 Liter physiologischer Kochsalzlösung in allen vier Quadranten und zwischen den Därmen intensiv gespült. Drainagen werden an den tiefsten Punkten des Bauchraumes platziert. Diese Massnahmen werden täglich wiederholt bis die Bauchfellentzündung beherrscht ist. Hierzu wird der Bauchzugangsschnitt mittels Kunststoffreissverschluss nur jedes Mal provisorisch verschlossen. Die Intensivtherapie mit gezielter Antibiotikagabe wird fortgesetzt.

Durch diese Massnahmen, die als Etappenlavage bezeichnet wird, konnte die Sterblichkeitsrate von über 60% auf unter 20% gesenkt werden (Teichmann und Mitarb. 1986). Eine kontinuierliche Bauchraumspülung über dorsal eingelegte Spülkatheder mit vorn abgeleiteter Spülflüssigkeit führt dagegen dazu, dass sich infolge von Darmverklebungen Spülstrassen entwickeln, und dadurch die lebensbedrohende eitrige Bauchfellentzündung in den nicht mehr gespülten Bereichen fortschreitet, wie der vorliegende Fall zeigt, da bei der Sektion eine Eiteransammlung im kleinen Becken trotz der Spülung gefunden wurde. Eine derartige Dauerspülung wird nur als Zusatzmassnahme zur Etappenlavage empfohlen. Die alleinige Dauerspülung zur Behandlung der allgemeinen Bauchraumvereiterung ist als nicht wirksame Behandlung abzulehnen (Pichlmayr und Mitarb. 1992).

Bei dem 52 jährigen Mann wurde der Nahtbruch zwar rechtzeitig erkannt, dann aber folgende Behandlungsfehler begangen:

1. Die Operateure leiteten den proximalen Darmschenkel nicht, wie heute üblich, zum linken Mittelbauch heraus, d.h. weit weg von der im folgenden immer wieder eröffneten und schliesslich ganz offen gelassenen Bauchzugangswunde, sondern platzierten den Dickdarmausgang im unteren Pol der Bauchzugangswunde, ein Verfahren aus früheren Zeiten der Bauchchirurgie, das damals nur angewendet wurde, wenn der Bauchschnitt nicht wieder eröffnet wurde.
2. Obwohl bei der ersten Revisionsoperation nur eine lokal begrenzte Bauchfellentzündung im kleinen Becken bestand, führte man zweimal eine Etappenlavage des gesamten Bauchraumes durch, die aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht notwendig war sondern sogar zur Ausbreitung der Infektion im gesamten Bauchraum führte, zumal der infektionsträchtige Dickdarmausgang sich in der Bauchzugangswunde befand. Die wichtigste Voraussetzung für eine Etappenlavage, aber auch für eine Dauerspülung des Bauchraumes ist, dass keine Infektionsquellen fortbestehen. Dies war aber bei dem im unteren Wundwinkel belassenen Dickdarmausgang nicht der Fall.
3. Nach der zweimaligen Etappenlavage wurde eine Bauchraumdauerspülung installiert und trotz zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit deutlichen Veränderungen der entsprechenden Laborparameter, die auf ein Fortschreiten der lebensbedrohenden Bauchfellentzündung hinwiesen, wurde die wirksame Maximaltherapie mit täglicher Etappenlavage nicht wieder aufgenommen. In Folge der fortbestehenden Bauchfellentzündung ausserhalb der Spülstrassen verstarb der Patient 9 Tage später.

Der Gutachter verharmlost diese gravierenden Behandlungsfehler, obwohl er die Einpflanzung des neuen Darmausganges in den unteren Pol der Bauchraumeröffnungswunde kritisiert und auch die Bauchraumdauererspülung wegen der Entwicklung von Spülstrassen zur Behandlung einer generalisierten Bauchfellentzündung bemängelt, vertritt er die Meinung, dass der Nachweis von eitrigem Sekret beim Absaugen der Luftröhre als Beweis für eine Lungenkomplikation wesentlich für den letalen Ausgang war. Verschwiegen wird, dass bei längerer Beatmung stets eitriges Sekret aus der Luftröhre abgesaugt werden kann und dies niemals als schwerwiegende Komplikation zu werten ist. So wurde bei der Sektion lediglich eine Infektion in der Luftröhre gefunden aber keine Anzeichen einer allgemeinen (Pneumonie) oder herdförmigen Lungenentzündung (Bronchopneumonie).

Der tödliche Ausgang nach Dickdarmentfernung mit nachfolgendem Nahtbruch war somit nicht schicksalhaft, sondern durch falsche chirurgische Behandlungsmassnahmen bedingt.

### Fall 3

Bei einer 37 jährigen Frau wird von einem Gynäkologen wegen Unterbauchbeschwerden eine Bauchraumspiegelung (Laparoskopie) vorgenommen. Da Verwachsungen nach länger zurück liegender Blinddarmentfernung im kleinen Becken bestanden, wurde eine Beseitigung dieser Verwachsungen versucht. Hierbei kam es zu einer Blutung infolge Verletzung eines grösseren Blutleiters (Arterie) im kleinen Becken. Nach sofortiger Bauchraumeröffnung stillte ein hinzugerufener Chirurg derselben Klinik diese Blutung durch Umstechung ohne die Blutungsquelle, wie lege artis erforderlich, exakt zu lokalisieren. Als die Patientin aus der Narkose aufwacht, klagt sie über starke Schmerzen im rechten Bein. Von den Operateuren kümmert sich zunächst keiner um die Patientin, angeblich weil diese anderweitig beschäftigt waren. Im weiteren Verlauf wird eine Unterbrechung der Blutzufuhr zum rechten Bein festgestellt und die Patientin in eine Gefässspezialklinik verlegt. Dort wird eine Revisionsoperation vorgenommen. Hierbei findet sich nach exakter Präparation, dass die Hauptversorgungsarterie des rechten Beines im kleinen Becken durch die Umstechung verschlossen worden war. Der Verschluss wird beseitigt, und dadurch die Blutzufuhr zum rechten Bein wieder hergestellt. Allerdings hatte die länger als 2 Stunden andauernde Unterbrechung der Blutzufuhr bereits zu einer Muskelschädigung mit erheblicher Schwellung der Muskeln geführt, sodass ausgedehnte Längsschnitte der Haut am rechten Bein und der die Muskeln umhüllenden Bindegewebsschichten erforderlich waren. Diese Entlastungsschnitte können erst nach einigen Tagen wieder verschlossen werden, wenn die Muskelschwellung abgeklungen ist. Zwangsläufig bleiben Narben zurück. Ausserdem klagt die Patientin über anhaltende Schmerzen. Mit Recht verlangt die Patientin eine Entschädigung, zumal durch den langen Krankenhausaufenthalt ein erheblicher Verdienstaufschlag hinzukommt. Die erste gutachterliche Stellungnahme durch eine Fachärztin für Frauenheilkunde stellt keine Versäumnisse oder Behandlungsfehler fest und beurteilt den Behandlungsverlauf als schicksalhaft.

Das Privatgutachten des Autors stellt bei genauer Analyse neben den operativen Behandlungsfehlern vor allem eine eklatante Verletzung der Sorgfaltspflicht im postoperativen Verlauf fest, wodurch die Verlegung der Patientin in die Spezialklinik um fast 3 Stunden verzögert wurde. Daraufhin erhebt die Patientin über ihre Anwältin Schadensersatzklage beim Gericht. Das Gericht beauftragt, wie üblich, gefässchirurgische Experten einer Universitätsklinik mit der Begutachtung. Obwohl diese Gutachter das fehlerhafte Vorgehen bei der operativen Versorgung der Gefässverletzung und auch eine Verletzung der erforderlichen Sorgfaltspflicht bei der postoperativen

Überwachung rügen, vertreten die Gutachter die Ansicht, dass die behandelnden Ärzte lediglich für eine Verzögerung von 60 Minuten bei der Verlegung der Patientin in die Spezialklinik verantwortlich sind. Die Gutachter meinen deshalb, dass der erlittene Schaden bei der Patientin wahrscheinlich auf alle Fälle eingetreten wäre und somit den Erstbehandlern kein Vorwurf zu machen sei. Ein eindeutiger Vertuschungsversuch.

Da der Autor in einer weiteren Stellungnahme nachweisen kann, dass dies eine Schutzbehauptung ist, denn die Patientin äusserte erstmals starke Schmerzen im rechten Bein als sie um 10 Uhr aus der Narkose aufwachte, wurde aber laut Notarztprotokoll erst 12 Uhr 50, d.h. fast 3 Stunden später, in die Spezialklinik eingeliefert, werden die gleichen Gutachter mit einer erneuten Begutachtung beauftragt, die jetzt von dem Klinikdirektor verfasst wird, der aber auch das erste Gutachten mit unterschrieben hatte. Dieser Gutachter führt als Entschuldigung der fehlerhaften Behandlung an, dass sich die Operateure in einer Zwangslage befunden hätten, um das Leben der Patientin zu retten, und die Fehler und Sorgfaltspflichtverletzungen nicht vorsätzlich begangen wurden. Allerdings konnte der Hinweis des Autors, dass in einer Grossstadt mit mehreren Gefässspezialkliniken ein herbei gerufener Gefässchirurg die Blutung bereits primär hätte versorgen können und der Gutachter zugeben musste, dass dies durchaus üblich ist, und auch eine Verlegung der Patientin mit dem Notarztwagen innerhalb von 30 Minuten möglich gewesen wäre, wenn die Operateure sich nur um die Patientin gekümmert hätten, das Gericht überzeugen, dass doch ein erhebliches Fehlverhalten der behandelnden Ärzte vorlag.

Es wurde ein Vergleich vereinbart, und die Patientin mit 60000 DM entschädigt.

#### Fall 4

Bei einer 56-jährigen Frau besteht eine zu grosse Lücke beim Durchtritt der Speiseröhre durch das Zwerchfell mit einer Schwächung des Mageneingangsverschlusses (lateinisch: Hiatushernie mit Cardiainsuffizienz) und dadurch bedingtem Rückfluss von saurem Magensaft in die untere Speiseröhre mit erheblichen Beschwerden und bereits beginnender Verengung der Speiseröhre. Ihr wird zu einer laparoskopischen Operation (im Volksmund Schlüssellochchirurgie) geraten. Bei dieser neuen Operationsmethode werden, um eine Durchtrennung der Bauchmuskulatur durch einen grossen Schnitt zu vermeiden, von mehreren kleinen Schnitten aus eine Minikamera und starre röhrenförmige Instrumente in den Bauchraum eingeführt und dann unter Bildschirmkontrolle der operative Eingriff vorgenommen.

Als die Patientin aus der Narkose aufwacht, muss sie feststellen, dass sie einen Bauchschnitt quer über den ganzen Oberbauch unterhalb der Rippenbögen bis an beide Leibseiten von 37 cm Länge hat, der in der Folgezeit auch noch vereitert und erst nach mehrmonatiger Behandlung mit einer breiten kosmetisch entstellenden eingezogenen Narbe verheilt und anhaltende Beschwerden verursacht.

Mit Recht stellt die Patientin die Frage, warum ein derartig langer Bauchschnitt nötig war. Sie war zwar vor der Operation darüber aufgeklärt worden, dass ein Wechsel des operativen Vorgehens mit Bauchschnitt nötig werden könnte, aber nicht darüber, dass so ein grosser quere Bauchschnitt gewählt wird und nicht, wie sie später erfuhr, der nur 12-15 cm lange Standardzugangsschnitt längs in Oberbauchmitte, von dem aus jeder Facharzt für Chirurgie alle operativen Massnahmen zur Behandlung einer Hiatushernie mit Cardiainsuffizienz und auch die zusätzlich vorgenommene Magennervendurchtrennung und die notwendig gewordene Entfernung einer normal grossen Milz ohne weiteres vornehmen kann. In der Chirurgie gilt nun die Regel, dass ein

Chirurg vom Standardvorgehen abweichen kann, dies aber nachvollziehbar begründen muss. Bei dieser Patientin wurden aber von den behandelnden Chirurgen als Begründung für den grossen Zugangsschnitt eindeutig Falschaussagen gemacht. So erklärte der Direktor der betreffenden Universitätsklinik bei der mündlichen Verhandlung vor Gericht: „Der kurze Standardzugangsschnitt in Oberbauchmitte längs war in den 70 ziger Jahren üblich. Inzwischen habe sich aber die chirurgische Technik weiter entwickelt und jetzt sei der Querschnitt der Standardzugang“. Er kann aber keine Operationslehre oder ein Lehrbuch der Chirurgie benennen zur Stützung dieser Behauptung. Auch das modernste Lehrbuch: Praxis der Visceralchirurgie, herausgegeben von Harder 2002 im Springer-Verlag, empfiehlt auf Seite 315 als Standardzugang den Oberbauchmittelschnitt. Der eigentliche Operateur, Oberarzt der Klinik und auch Hochschulprofessor, gibt in der gleichen Gerichtsverhandlung zu Protokoll: „Er habe den queren Oberbauchschnitt machen müssen, da es nicht allein um einen Eingriff am Magen ging, sondern auch um einen Eingriff im unteren Brustkorbbereich“. Aus seinem Operationsbericht geht aber hervor, dass er den Zugang zum unteren Brustkorbbereich bereits vor der Bauchraumeröffnung durch eine sogenannte hintere Hiatoplastik durch Nähte verschlossen hatte, sodass die von ihm behaupteten Manipulationen im unteren Brustkorbbereich gar nicht mehr möglich waren, d.h. ebenfalls eine Falschaussage als Schutzbehauptung.

Die ersten Universitätsgutachter, beauftragt von der Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer, vertraten die Meinung, dass es den Operateuren überlassen bleiben müsste, welchen Zugangsschnitt sie wählen, und es auf einige Zentimeter mehr oder weniger nicht ankomme, und sie selbst häufig Oberbauchquerschnitte machen. Die Gutachter verschweigen dabei aber, dass Oberbauchquerschnitte nur bei grossen Oberbauchoperationen, wie Leberteilentfernungen, Lebertransplantation oder grossen Krebsoperationen gemacht werden, niemals bei einer Hiatushernienkorrektur wie bei der Patientin. Somit auch eine Schutzbehauptung durch Verschweigen der wirklichen Gegebenheiten. Verschwiegen wird aber auch, dass hier ohne nachvollziehbare Begründung vom chirurgischen Standard abgewichen wurde, und es nicht nur um einige Zentimeter mehr Bauchdeckendurchtrennung ging sondern um einen doppelt bis dreifach so langen Bauchschnitt, ohne dass die Patientin darüber vorher aufgeklärt worden war. So konnte sich die Patientin nicht primär für das offene Vorgehen entscheiden mit wesentlich kürzerem Bauchschnitt, deutlich kürzerer Operationszeit und wahrscheinlich glatt heilender kosmetisch annehmbarer Operationsnarbe in Oberbauchmitte.

Es wurde vom Gericht ein weiteres universitäres Gutachten eingeholt. Auch dieser Gutachter konnte keine Begründung für den maximal grossen Zugangsschnitt angeben, meinte aber, dass quere und längs geführte Zugangsschnitte jeweils Vor- und Nachteile hätten, im Prinzip aber gleichwertig seien. Verschwiegen wurde aber, dass dies nur bezüglich der erforderlichen Länge des Zugangsschnittes gilt, wenn sowohl der Quer- als auch der Längsschnitt direkt über dem Operationsziel gemacht werden kann; was aber bei Operationen am Mageneingang aus anatomischen Gründen nicht möglich ist, da das Operationsziel hoch oben zwischen den spitz zulaufenden Rippenbögen liegt und deshalb nur der Längsschnitt direkt über dem Operationsziel erfolgen kann, und somit nur der Längsschnitt garantiert, dass der Bauchzugangsschnitt nur so gross wie unbedingt nötig gemacht wird, eine Forderung der modernen Chirurgie, da gezeigt wurde, dass allein die Durchtrennung der Bauchdecken bereits eine erhebliche Belastung der Patienten bedeutet. Um grosse Bauchschnitte zu vermeiden, wurden ja die laparoskopischen Operationsmethoden entwickelt.

Der Autor als Privatgutachter konnte dann den wahren Grund für den maximal grossen Zugangsschnitt aufzeigen. Vergleicht man nämlich die von dem aufklärenden Arzt vor der Operation angefertigte Skizze, in der die Trokareinstichstellen für das laparoskopische Vorgehen am Oberbauch eingezeichnet wurden, mit dem später erfolgten queren

Zugangsschnitt, so folgt dieser exakt den Trokareinstichstellen. Der grosse Zugangsschnitt wird also gemacht, um die Trokareinstichstellen ausschneiden zu können, da diese infolge der langen Operationszeiten der Schlüssellochchirurgie später zu Wundheilungsstörungen neigen und häufig sogar nur abheilen, wenn diese Stellen grossflächig ausgeschnitten werden. Der maximal grosse Zugangsschnitt wird deshalb von diesen Operateuren gemacht, wenn ein Wechsel zum offenen Vorgehen notwendig wird und nicht etwa aus intraoperativen Erfordernissen, wie die Operateure und die Gerichtsgutachter behaupten. Als dies dem letzten Gutachter vorgehalten wurde, schloss sich dieser der Meinung des Privatgutachters an, meinte aber, dass eine Aufklärung hierüber die Patientin überfordert hätte und deshalb nicht nötig war.

Eindeutig ein wesentliches Aufklärungsversäumnis, wenn man das Patientenrecht auf vollständige Aufklärung ernst nimmt.

Das Gericht wertete weder die bewiesenen Falschaussagen der behandelnden Chirurgen noch die mangelhafte Aufklärung der Patientin und vertrat im Urteil mit Klageabweisung sogar die Ansicht, dass die Befragung der Patientin durch das Gericht während der mündlichen Verhandlung ergeben hätte, dass die Patientin sich auch hätte operieren lassen, wenn sie vorher gewusst hätte, dass der grosse quere Bauchschnitt gemacht würde, obwohl die Patientin in der Verhandlung vor allen Anwesenden dem Gericht wörtlich sagte: „Einen derartig grossen Bauchschnitt hätte ich niemals akzeptiert“.

Irgendwie muss man bei diesem Verfahren unwillkürlich an das Dorfgericht des Richters Adam im zerbrochenen Krug denken. Kleist lässt allerdings einen Revisor das merkwürdige Vorgehen des Richter Adam korrigieren. Im vorliegenden Verfahren sah dagegen auch das Berufungsgericht keinen Anlass, das Ersturteil aufzuheben.

Fazit: Die betroffenen Chirurgen und die Gerichtsgutachter können alles behaupten. Ihre Aussagen werden vom Gericht anstandslos akzeptiert und als Beweis gewertet. Die Ausführungen eines habilitierten Privatgutachters, auch wenn er über eine 20 jährige Erfahrung als leitender Krankenhauschirurg verfügt und seine Aussagen in nationalen und internationalen Lehrbüchern, die dem Gericht in Fotokopien vorgelegt wurden, bestätigt werden, werden vom Gericht nicht beachtet.

Das Erst- und Berufungsgericht beachteten ausserdem überhaupt nicht die Tatsache, dass die Patientin unvollständig aufgeklärt worden war und damit ihre Operatoneinwilligung ungültig war. Das Patientenrecht auf richtige und vollständige Aufklärung, wie aus dem Bundesgesundheits- und Justizministerium wiederholt gefordert, muss offenbar erst noch in der Praxis durchgesetzt werden.

## Fall 5

Bei einer 58 jährigen Frau wird 1993 eine laparoskopische Entfernung der Gallenblase vorgenommen, mittels sogenannter Schlüssellochchirurgie. Es bestanden Beschwerden bei nachgewiesenen Gallensteinen. Sechs Tage nach der Operation war eine Eiteransammlung im rechten Oberbauch oberhalb vom quer liegenden Dickdarm, begrenzt von Leber und Zwerchfell, entstanden (lateinisch: subhepatisch-subphrenischer Abszess), dessen Ursache nicht zu klären war. Ein Computertomogramm mit gezielter Punktion und Gewinnung von Eiter bestätigte die Diagnose. Hierbei handelt es sich, wie wissenschaftlich allgemein anerkannt, um eine gutartige Form einer Bauchrauminfektion, weil es dem Organismus gelungen ist, den Eiterherd gegenüber dem übrigen Organismus abzuschotten durch eine Abszessmembran, zunächst gebildet durch Fibrinabsonderung aus dem Blut und dadurch bedingte Umgebungsverklebungen.

Daraufhin wurde eine Nachoperation am 4.10.93 mittels Schnitt unterhalb des rechten Rippenbogens, d.h. direkt über dem Abszess, vorgenommen. Der Abszess wurde



ausgeräumt und Drainageschläuche eingelegt. Aus dem Operationsbericht vom 4.10.93 geht hervor, dass reichlich Fibrin entfernt wurde und, weil offenbar nicht schonend im Abszessbereich manipuliert wurde, war eine chirurgische Blutstillung erforderlich.-Die Notwendigkeit einer Blutstillung beweist, dass bereits bei der ersten Revisionsoperation die vom Körper gebildete Abgrenzung des Infektionsherdes gegenüber dem Organismus beschädigt wurde, sodass die Eiterkeime ungehindert in die Blutbahn eindringen konnten und bereits zu diesem Zeitpunkt eine Blutvergiftung (lateinisch-Sepsis) bei der Patientin von den Operateuren verursacht worden war-. So berichten die Narkoseärzte, dass bereits am Ende dieser ersten Revisionsoperation vom 4.10. die Patientin wegen eines septischen Schockzustandes mit einer sehr hohen Sauerstoffkonzentration künstlich beatmet werden musste.

Obwohl bei dieser ersten Revisionsoperation keine chirurgisch zu behandelnde Abszessursache gefunden wurde, wurde bereits 2 Tage später am 6.10. nochmals eine Revisionsoperation durchgeführt. Hierbei wurden laut Operationsbericht nochmals ausgiebig Fibrinmembranen ober- und unterhalb der Leber entfernt. Ein Vorgehen, dass gerade bei einem frischen Abszess nach den Behandlungsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie nicht notwendig und gefährlich ist, weil dadurch die Gefahr besteht, dass wichtige Nachbarorgane, im Bauchraum insbesondere der Darm, beschädigt werden. Unverständlich und gegen jede chirurgische Regel wurde zusätzlich der übrige Bauchraum vom Abszessbereich aus inspiziert, d. h. der Abszessbereich wurde zum Bauchraum hin breit eröffnet (allgemein anerkannt ein Kunstfehler) und festgestellt, dass unterhalb des Dickdarmes im übrigen Bauchraum keine entzündlichen Veränderungen vorhanden waren.- Da der gesamte Bauchraum ohne weiteres inspiziert werden konnte, bestanden zu diesem Zeitpunkt auch keine Dünndarmverwachsungen nach einer 20 Jahre zurückliegenden Blinddarmentfernung-.

Bei dieser 2. Revisionsoperation wurde offenbar bei der völlig unnötigen Entfernung von Fibrinmembranen der hinten den Abszessbereich begrenzende Zwölffingerdarm beschädigt, dadurch gelangte jetzt in die Abszesshöhle und in den übrigen Bauchraum infiziertes aggressives Magen-, Dünndarm- und Bauchspeicheldrüsensekret. Es resultierte eine schwere jetzt lebensbedrohende Blutvergiftung (lateinisch: foudroyante therapieresistente Sepsis mit drohendem Multiorganversagen, laut Bericht der Narkoseärzte). Diese Zwölffingerdarmfistel schloss sich erst nach 6 Wochen. Wie ein Wunder überlebte die Patientin, musste aber 50 Tage lang künstlich beatmet und intensivmedizinisch behandelt werden. Ein Luftröhrenschnitt musste gemacht werden. Anschliessend wurde noch eine 5 wöchige Behandlung auf der chirurgischen Allgemeinstation nötig, ehe eine mehrmonatige Rehabehandlung angeschlossen werden konnte. Die Kosten für die verantwortliche Krankenkasse, d.h. für die Solidargemeinschaft der Versicherten, betragen über 100 000 DM.

In den Folgejahren litt die Patientin unter quälenden Bauchbeschwerden bedingt durch die nach der 2. Revisionsoperation entstandenen ausgedehnten Dünndarmverwachsungen infolge der bei der 2. Revisionsoperation vorgenommenen breiten Eröffnung des Abszessbereiches zum übrigen Bauchraum hin mit Einstrom von infiziertem aggressivem Verdauungsssekret durch die verursachte Zwölffingerdarmfistel. Diese Verwachsungen waren bereits bei der 3. Revisionsoperation am 18.10.93 laut Operationsbericht so ausgeprägt, dass der Bauchraum unterhalb des Dickdarmes, anders als bei der 2. Revisionsoperation am 6.10.93, gar nicht mehr inspiziert werden konnte. Wegen dieser jahrelangen Bauchbeschwerden erfolgte im Jahre 2001 eine Nachoperation, bei der die ausgedehnten Darmverwachsungen laut Operationsbericht operativ beseitigt wurden.

War dieser Krankheitsverlauf nun schicksalhaft, wie die ersten Gutachter meinen oder, wie der Autor beweist, durch fehlerhafte Behandlungsmassnahmen und sogar chirurgische Kunstfehler bedingt?

Facharztstandard ist laut Behandlungsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, dass ein subhepatisch-subphrenischer Abszess, um einen solchen handelte es sich bei der Patientin zweifelsfrei, lediglich nach aussen abgeleitet werden muss, indem Drainageschläuche eingelegt werden. Dies kann heutzutage durch sonografisch kontrollierte Drainageschlauchplatzierung erfolgen, ohne dass ein Bauchschnitt nötig ist. Hierbei gelingt in über 85% der Fälle eine komplikationslose Heilung ( Bartels u. Mitarb. 1997, Jansen u. Mitarb. 1999, Göhl u. Mitarb. 1999); das beweist, dass eine Fibrinentfernung und wiederholte Abszessrevisionen nicht erforderlich sind. Abszesse, die auf diese Weise behandelt werden und deren Abszessmembran nicht beschädigt wird, gelten als gutartig, weil sie niemals eine Sepsis mit drohendem Multiorganversagen und auch keine allgemeinen Darmverwachsungen verursachen.

Ein derartiger Abszess kann aber auch chirurgisch angegangen werden, wie es früher üblich war, als noch keine Ultraschalluntersuchungsmethode zur exakten Platzierung der Drainageschläuche zur Verfügung stand. Dabei wird direkt über dem Abszess die Bauchdecke durchtrennt und der Abszessinhalte abgesaugt und Drainageschläuche unter Sicht platziert. Hierbei muss unter allen Umständen darauf geachtet werden, insbesondere bei frischen Abszessen, dass die vom Organismus gebildete Infektionsbarriere (s. oben) nicht zerstört wird; d.h. es ist nach den Behandlungsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (Eckert in Grundlagen der Chirurgie G14) nur vorsichtiges Absaugen des Abszessinhalte und eine Kochsalzspülung der Abszesshöhle erlaubt. Auf keinen Fall dürfen Fibrinmembranen entfernt oder so unsachgemäß vorgegangen werden, dass eine Blutstillung erforderlich wird, wie im vorliegenden Fall.

Diese Vorsichtsmassnahmen beachteten die Operateure bei den Revisionsoperationen fahrlässigerweise nicht, wie aus den Operationsberichten hervorgeht. So beschädigten die Operateure bereits bei der ersten Revisionsoperation am 4.10. die vom Organismus aufgebaute Infektionsbarriere und zusätzlich noch mal bei der zweiten völlig unnötigen Revision am 6.10. durch ausgiebige Fibrinmembranentfernung und verursachten hierbei die lebensbedrohende Zwölffingerdarmfistel ( bewiesen durch den sofortigen Austritt von in den Magen eingegebene Blaulösung über die im Abszess liegenden Drainagen). Durch die breite Eröffnung des Abszessbereiches zum übrigen Bauchraum hin erfolgte zusätzlich eine Keimverschleppung in den gesamten Bauchraum mit massivem Übertritt der Keime in die Blutbahn und anschliessend die Bildung von Dünndarmverwachsungen, da die Patientin wider Erwarten überlebte.

Die bei der Patientin eingetretenen lebensbedrohenden septischen Komplikationen und die jahrelang vorhandenen Bauchbeschwerden infolge der entzündlich bedingten Dünndarmverwachsungen mit der Notwendigkeit der Nachoperation im Jahre 2001 waren demnach nicht schicksalhaft bedingt, sondern durch das fehlerhafte Vorgehen bei den Revisionsoperationen eines primär gutartigen, weil vom Körper eingegrenzten Bauchabszesses.

Analysiert man das zu diesem Fall erstellte erste universitäre Gutachten, dann wird klar, dass es sich um ein Vertuschungsgutachten handelt. Wieder besseren Wissens verschweigen die Gutachter die für den fast tödlichen Verlauf verantwortlich gemachten Behandlungsfehler bei den Revisionsoperationen, wodurch die lebensbedrohende Blutvergiftung und die späteren Dünndarmverwachsungen verursacht wurden.

Hinzukommt, dass die erfolgte Aufklärung der Patientin vor der laparoskopischen Gallenblasenentfernung unvollständig war. Diese neue Operationstechnik wurde 1993 von vielen Chirurgen bereits angewendet, obwohl noch keine exakte wissenschaftliche Überprüfung erfolgt war in Form sogenannter prospektiv-randomisierter Untersuchungen (Siewert u. Mitarb.1993). Da in Deutschland keine Meldepflicht für chirurgische Komplikationen besteht, herrscht bis heute Unklarheit, wie hoch die Komplikationsrate der laparoskopischen Operationstechnik wirklich ist. Nach einer umfassenden Analyse in über 40 000 Fällen wiesen Siewert u. Mitarb. bereits 1993 darauf hin, dass bei exakter

wissenschaftlicher Analyse der bis 1993 bereits bekannten Daten sich ergibt, dass die laparoskopische Gallenblasenentfernung komplikationsreicher ist als das bewährte offene Vorgehen. Inzwischen ist gesichert, dass zum Beispiel allein die Verletzung des Hauptgallenganges, häufig mit der Notwendigkeit mehrfacher Korrekturoperationen und dadurch bedingter hoher Behandlungskosten wegen zum Teil monatelanger Krankenhausbehandlung, öfter beim laparoskopischen Vorgehen erfolgt als früher bei die Operationen durch Bauchschnitt (Kern 1994, Adamsen u. Mitarb. 1997, Neuhaus u. Mitarb. 1999). So sagte Prof. Hartel, der Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie auf dem Chirurgenkongress 2001, Zitat: „In den Jahren 1993-1996 wurde zunehmend die Gallenblasenentfernung per Schlüssellochchirurgie vorgenommen. Dies war exakt der Grund für die Zunahme der Gallengangsverletzungen von etwa 0,4 auf zirka 1,4 %. Das ist etwa 2-3 mal häufiger als beim offenen Verfahren. Viele von uns haben dies persönlich erlebt, und umsomehr darunter gelitten, je feiner das Verantwortungsbewusstsein ausgebildet ist“.

In dem der Patientin 1993 zur Aufklärung vorgelegten Perimedaufklärungsbogen werden die möglichen Komplikationen verharmlost und vor allem nicht erwähnt, dass das laparoskopische Operieren mit einem erhöhten Risiko verbunden ist. Die schriftlichen Zusätze des Arztes zeigen, dass nicht weitergehender als im Perimedaufklärungsbogen, aufgeklärt wurde.

Die Patientin wurde demnach nicht aufgeklärt sondern im Gegenteil über die Gefahren einer laparoskopischen Gallenblasenentfernung geradezu getäuscht. Auch dieses Aufklärungsversäumnis leugnen die Gerichtsgutachter.

Inzwischen berichten alle grösseren chirurgischen Kliniken über eine von früher her nicht bekannte Anzahl von Korrekturoperationen nach Gallengangsverletzungen infolge laparoskopischer Gallenblasenentfernung.

Unverständlicherweise beauftragte das Gericht nach den Einwendungen des Autors als Privatgutachter die gleichen universitären Gutachter mit der Erstellung weiterer Gutachten. Dass aber Gutachter in Folgegutachten auf keinen Fall zugeben, dass ihr erstes Gutachten falsch war, d.h. ein Vertuschungsgutachten war, und sie damit befangen sind, erkannte das Gericht nicht. So ergab sich im weiteren Verlauf eine kostspielige Pingpongbegutachtung zwischen den Gerichtsgutachtern und dem Privatgutachter, wobei die Honorare der Gerichtsgutachter über 30 000 DM betragen. Ein solches Vorgehen ist natürlich gut geeignet, geschädigte Patienten von einer Klage abzuschrecken.

Trotzdem konnten die Erstgutachter das Gericht nicht überzeugen, denn es wurde ein erneutes Gutachten aus einer weiteren chirurgischen Universitätsklinik angefordert und nochmal Gutachtenhonorare von über 5000 DM berechnet. Nach einem Jahr schliessen sich diese Gutachter den Vertuschungsargumenten der Erstgutachter an, wobei auffällt, dass streckenweise identische Formulierungen aus den ersten Gutachten benutzt werden. Daraufhin lehnt das Gericht die Klage ab, ohne sich mit den gut begründeten Argumenten des Privatgutachters auseinander zusetzen.

Fazit: Fünf chirurgische Hochschulprofessoren, darunter zwei Direktoren von chirurgischen Universitätskliniken, können im Widerspruch zu Behandlungsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vor Gericht straffrei in ihren wortreichen Vertuschungsgutachten behaupten, dass keine Kunst- und Behandlungsfehler begangen wurden, wenn die chirurgische Behandlung eines postoperativen zunächst gutartigen, weil vom Körper eingegrenzten Abszesses eine intensiv-medizinische Behandlung unter künstlicher Beatmung von 50 Tagen und anschliessend noch 5 wöchiger stationärer und mehrmonatiger Rehabehandlung erfordert mit Behandlungskosten von über 100 000 DM und ausserdem noch ausgedehnte Dünndarmverwachsungen resultieren, die der

Patientin jahrelange Bauchbeschwerden verursachen und eine Nachoperation nötig machen.

Das bedeutet: Gerichtsgutachter können hierzulande alles behaupten und vertuschen. Ihre Aussagen werden vom Gericht kritiklos akzeptiert, auch wenn grobe Behandlungsfehler bis hin zu eindeutigen Kunstfehlern von einem erfahrenen habilitierten leitenden

Krankenhauschirurgen mit 30 jähriger klinisch-chirurgischer Erfahrung als Privatgutachter nachgewiesen werden.

### **Schlussfolgerungen**

Qualitätsmanagement und Qualitätskontrolle sowie Notwendigkeit die Kosten zu senken spielen im Gesundheitswesen zunehmend eine immer grössere Rolle. Wenn aber die bisher geübte Gutachtenpraxis nach Kunst- und Behandlungsfehlern, wie in den dokumentierten Fällen gezeigt, die Regel ist, und die beteiligten Gutachter nicht zufällig nur die „schwarzen Schafe“ unter den Medizinern sind, dann wird für die medizinische Qualitätsverbesserung und Kostensenkung ein ganz wichtiges Instrument nicht genutzt, nämlich die objektive Fehleranalyse. Abgesehen davon, dass bei einer derartigen Gutachtenpraxis Patienten nur dann eine Chance haben, entschädigt zu werden, wenn ganz offensichtliche Behandlungsfehler begangen werden, wie eine Amputation des falschen Beines, die Entfernung eines falschen Lungenflügels oder der falschen Niere. Aber gerade die Analyse auch der nicht so massiven Behandlungsfehler würde entscheidend zur Verbesserung der Behandlung und Kostensenkung beitragen, wenn sie objektiv und nicht von falschen Kollegialitätsrücksichten bestimmt wäre. Die Dokumentation zeigt auch, welche finanziellen Risiken ein Patient eingeht, wenn er ohne eine Rechtsschutzversicherung und ohne die Hilfe eines die berufsethischen Prinzipien bei der Begutachtung noch ernstnehmenden Gutachters, sich auf eine Klage vor Gericht einlässt. Die vom Gericht bestellten universitären Gutachter beanspruchen nämlich stattliche Honorare, wie der 5. Fall zeigt. Den Richtern ist kein Vorwurf zu machen, wenn sie aufgrund der Vertuschungsgutachten die Klagen abweisen, denn wegen fehlender medizinischer Kenntnisse wird vom Gericht den „Expertengutachten“ leider in der Regel gefolgt, wie diese Dokumentation mit Ausnahme des 3. Falles zeigt. Allerdings zeigt die Dokumentation auch, dass es bei Gerichtsverfahren bisher keine Rolle spielt, ob ein Patient vor einer Operation auch richtig und vollständig aufgeklärt wurde, wie insbesondere der 4. und 5. Fall beweisen.

Welche Möglichkeiten bestehen, um an dieser für die geschädigten Patienten ungünstigen Situation etwas zu ändern? Der Autor ist allerdings skeptisch, ob die bisher übliche Praxis der Begutachtung sich ändern lässt, denn noch „hackt eine Krähe der andern nicht die Augen aus“. Hier wäre die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gefordert, etwas für die Änderung dieser skandalösen vor allem universitären Gutachterpraxis zu tun, denn gute Chirurgen haben es nicht nötig zu lügen. Nützlich wäre es sicher auch, wenn die Gutachten von unabhängigen Gutachtern, die bereits im Ruhestand sind und sich nicht mehr im Beziehungsgeflecht der aktiven Chirurgie befinden, anonym ohne Kenntnis der betroffenen Chirurgen erstellt würden.

Eine Verbesserung wäre vor allem möglich, wenn man, wie in Finnland bereits üblich, eine sogenannte Gefährdungshaftung wie im Verkehrswesen auch im medizinischen Versicherungswesen einführt, d.h. ohne Nachweis eines schuldhaften Handelns der Ärzte die Patienten entschädigt, wenn offensichtlich von der Norm abweichende Behandlungsergebnisse vorhanden sind, die auf Nichtbeachtung von allgemein

anerkannten Behandlungsrichtlinien oder Verkettung unglücklicher Umstände zurückzuführen sind, wobei berücksichtigt werden muss, dass Mediziner auch nur Menschen sind, die auch mal Fehler machen.

Ausserdem sollten Kunstfehlergutachten in anonymisierter Form der allgemeinen wissenschaftlichen Diskussion zugänglich sein, z. B. in einer speziellen Publikationsreihe. Auf diese Weise wäre, wie in der Industrie und im Verkehrswesen üblich, eine umfassende Fehleranalyse möglich und Vertuschungsgutachten zu erkennen und anzuprangern. Das Ergebnis einer solchen Diskussion könnte dann zur Formulierung von Behandlungsleitlinien führen, insbesondere auch zu Behandlungsleitlinien bei typischen postoperativen Komplikationen. Nicht nur zukünftige Patienten würden davon profitieren, sondern auch die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt werden, da die falsche Behandlung z. B. gerade bei postoperativen Komplikationen die Patienten unnötig gefährdet und infolge des verlängerten Klinikaufenthaltes sehr kostenintensiv ist, wie der 5. Fall der Dokumentation zeigt.

### Literaturangaben

Adamsen S, Hansen OH, Funk-Jensen P, Schulze S, Stage JG, Wara P (1997)  
Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: a prospective nationwide series.  
J Am Coll Surg 184: 571-578

Bartels H, Theisen J, Berger H, Siewert JR (1997)  
Interventionelle Therapie des intraabdominellen Abszesses.  
Langenbecks Arch Chir Suppl II (Kongressband 1997) 956-958

Eckert P: Erkennung und Behandlung postoperativer Peritonalsabszesse.  
Mitteil. D. Gesell. Chirurgie. Grundlagen der Chirurgie G14

Göhl J, Gmeinwieser J, Gusinde J (1999)  
Intraabdominelle Abszesse – Interventionelle versus chirurgische Therapie.  
Zentrabl Chir 124: 187-194

Jansen M, Troung S, Riesener KP, Sparenberg P, Schumpelik V (1999)  
Ergebnisse der sonographisch-gesteuerten percutanen Drainage intraabdomineller Abszesse im chirurgischen Alltag.  
Chirurg 70: 1168-1171

Kern KA  
Medicolegal perspectives on laparoscopic bile duct injuries (1994)  
Surg Clin North Amer 74: 979-884

Kirschner M (1926)  
Die Behandlung der akuten eitrigen freien Bauchfellentzündung  
Arch Klein Chir 142: 253-311

Neuhaus P, Schmidt SC, Bechstein WO, Rakow R, Adler A, Hintze RE (1999)  
Einteilung und Behandlung von Gallengangsverletzungen nach laparoskopischer Cholecystektomie  
Langenbecks Arch Chir Suppl (Kongressband 1999) 78-82

Pichlmayr R, Weismann A, Klempnauer J (1992)  
Kontinuierliche Spülung oder Etappenlavage bei Peritonitis?  
Chirurg 63: 162-168

Siewert JR, Feussner H, Scherer MA, Brune IB (1993)  
Fehler und Gefahren der laparoskopischen Cholecystektomie  
Chirurg 64: 221-229

Teichmann W, Wittmann DH, Androne PA (1986)  
Scheduled reoperations (Etappenlavage) for diffuse peritonitis  
Arch Surg 121: 147-152

Troidl H, Bäcker B, Winkler-Wilfurth A (1993)  
Fehleranalyse-Evaluierung und Verhütung von Komplikationen; ihre juristische Implikation  
Langenbechs Arch Suppl (Kongressband 1993) 59-72

Alle Dokumente, wie Arztbriefe, Operationsberichte und Gutachten sowie Gerichtsurteile dieser Dokumentation können in anonymisierter Form bei Erstattung der Kopier- und Portokosten vom Autor angefordert werden.

### **Zur Person des Gutachters**

Professor Dr. med. Arno Krug, geb. 1935 in Schneidemühl/ Westpreussen, verheiratet seit 1955 mit Dr. med. Christine Krug, geb. Hartwig, 4 Kinder.

|             |  |
|-------------|--|
| 1953 – 1959 | Studium der Humanmedizin Berlin – Marburg  |
| 1959        | Promotion Marburg  |
| 1962        | Approbation  |
| 1962 – 1968 | Theoretisch-medizinische Ausbildung am pharmakologischen (Prof.Schmid) physiologischen (Prof. Hensel) und pathologischen Institut (Prof.Gedigk) Marburg als Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft. |
| 1968 – 1978 | Ausbildung zum Chirurgen in Kiel (Prof. Löhr)  |
| 1972        | Habilitation / Chirurgie, Kiel   |
| 1972        | Reisestipendium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zum Besuch wissenschaftlicher Institute und Kliniken in USA.  |
| Seit 1972   | Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie  |
| 1968 – 1974 | Leiter eines Forschungsprogrammes der Deutschen Forschungsgemeinschaft an der chirurgischen Universitätsklinik Kiel.   |
| 1972 / 1973 | Vortragseinladungen in die USA   |
| 1978        | Apl. Professor Kiel  |
| 1978 – 1998 | Chefarzt am Klinikum Hof/Saale für Allgemeinchirurgie (Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen-Nürnberg)  |
| Seit 1978   | Mitglied der Bayerischen Gesellschaft für Chirurgie  |
| 80          | wissenschaftliche Arbeiten und Vorträge national und international.  |
| 270         | Zitierungen eigener Arbeiten in wichtigen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Zeitschriften (laut Science Citation Index)  |