

„Patientenvertrauen und Kollegialität“

DIE 79-jährige Patientin ist bereits seit Jahren bei einem Internisten in Behandlung. Mit 52 Jahren mußte sie sich einer gynäkologischen Abdominal-Totaloperation unterziehen, 10 Jahre später wurde ihr die Gallenblase entfernt. Sonst war sie nie ernsthaft krank, lediglich in den letzten Jahren war der Blutdruck erhöht.

Die Patientin suchte nun die Ordination jenes Internisten auf, da sie plötzlich starke Schmerzen im rechten Oberbauch verspürte. Sie hatte dabei keine Übelkeit, es kam auch zu keinem Erbrechen. Sie klagte jedoch über Stuhlunregelmäßigkeiten schon seit Wochen, auch in den letzten 2 Tagen habe sie keinen Stuhl gehabt. Der Internist konnte bei der Untersuchung keine Ursache für diese Beschwerden feststellen und legte seiner Patientin einen Spitalsaufenthalt nahe; er meinte, die Beschwerden müßten abgeklärt werden.

Am nächsten Tag, Donnerstag, wurde die Patientin an einer internen Abteilung aufgenommen. Bei der Aufnahme befand sich die 79-jährige in einem guten Allgemeinzustand; leichter Druckschmerz im rechten Oberbauch, keine Resistenz palpabel; Leber am Rippenbogen, Milz nicht palpabel; Nierenlager rechts leicht klopfschmerzhaft. Bei der Blutuntersuchung zeigte sich eine mäßige Erhöhung der Blutsenkung; Leber- und Nierenparameter im Normbereich, Blutfette erhöht; rotes Blutbild unauffällig; Leukozyten 8100; im Harnbefund Nitrit und Bakterien positiv.

Auch die anderen Routineuntersuchungen wie EKG, Röntgen Cor-Pulmo brachten keine pathologischen Befunde. Da aber die Schmerzen im rechten Oberbauch noch vorhanden waren, sollte die Patientin weiter in Observanz bleiben. Am nächsten Morgen, die Patienten

gab an, ganz gut geschlafen zu haben, wurde eine Röntgen-Abdomen-Leeraufnahme gemacht, die ein geblähtes Quercolon und etwas pathologische Luft im Dünndarm zeigt. Laut Oberbauchsonographie waren Leber, Pankreas und Milz unauffällig, es zeigte sich jedoch eine Ptose beider Nieren, wobei die rechte Niere in der von der Patientin angegebenen schmerzhaften Region liegt, die Nierenstruktur selbst jedoch unauffällig ist.

Aufgrund der persistierenden Schmerzsymptomatik verabreichten die behandelnden Ärzte 2 x Tramalinjektionen sc. Die Patientin gab bei der Vormittagsvisite an, daß sie noch immer keinen Stuhl hätte. Daraufhin entschloß man sich zur Verabreichung von 2 Klysmol. Einige Zeit später erhielt die Patientin einen hohen Einlauf. Mittags hatte sie keinen sonderlichen Appetit, sie wollte auch nicht trinken. Daher wurden ihr zur Flüssigkeitssubstitution 500 ml Ringerlösung infundiert. Die Patientin klagte weiterhin über Schmerzen, meinte aber, daß sie sich nicht weiter Sorge, da sie sich sehr gut betreut fühle. Es wurde mit ihr vereinbart, daß sie sich bei weiterem Persistieren der Schmerzsymptomatik an die diensthabenden Ärzte wenden sollte. Die Beiziehung eines Chirurgen wäre vorerst nicht notwendig. Bis zur Freitag-Nachmittagsvisite hatte die Patientin immer noch keinen Stuhl gehabt. Das Abdomen war weich, etwas gebläht, mäßiger Druckschmerz am rechten Rippenbogen, Darmgeräusche eher flau, aber vorhanden. Auf die beunruhigte Frage der Patientin, was mit ihr weiter geschehen würde, gab der diensthabende Arzt an, er müsse noch abwarten, um zu sehen, wie sich die Symptomatik weiter entwickle. Kurze Zeit später wollte die Patientin unbedingt Ausgang

haben. Gegen den ausdrücklichen Rat des diensthabenden Arztes und auf eigene Gefahr hin wollte sie unbedingt in ihre nahe gelegene Wohnung gehen. Dort habe sie Dringendes zu erledigen. Zirka zwei Stunden später kam ein überraschender Anruf an die Telefonzentrale des Spitals, wobei die Information weitergegeben wurde, daß sich die Patientin gerade im Spital eines Randbezirkes befinde, wo sie aufgrund eines Darmverschlusses notoperiert werden mußte. Sie wäre wohl auf, man hätte ihr jedoch die septische Milz entfernen müssen. Die Patientin selbst meldete sich nicht mehr.

Mehrere Wochen später tauchte die Patientin wieder in der Ordination des behandelnden Internisten auf. Sie gab an, daß sie sich damals aufgrund der ständigen Schmerzen und der eher abwartenden Haltung der Ärzte sehr verunsichert gefühlt habe. Auf das Drängen einer Freundin hin nahm sie Kontakt zu einem Chirurgen auf, der ihr schon vor acht Jahren großes Vertrauen eingeflößt hatte. Damals habe sie sich einer Gallenblasenoperation unterziehen müssen und die Operation wäre vorzüglich

verlaufen. Jener Arzt nun stellte bei einer Untersuchung in seiner Ordination fest, daß die Patientin dringend operiert werden müsse. Er empfahl ihr mit der Schnellbahn zum Spital eines Randbezirkes von Wien zu fahren, dort würde er sie dann weiterbehandeln können. Tatsächlich wurde die Patientin von ihm dort notfallmäßig operiert.

Im Operationsbericht heißt es, daß im Bereich der linken Colonflexur eine volvulusartige Veränderung des Dickdarms mit Stenosierung zu finden war. Über eine Enterotomie des Dickdarms im Bereich des Transversums wurde reichlich Flüssigkeit und Luft abgesaugt. Die Milz war vergrößert und mit eitrigem Ablagerungen behaftet, worauf man sich zu einer Splenektomie entschloß. Im histologischen Befund wird die Milz unauffällig mit regulärem Aufbau beschrieben, lediglich die weiße Pulpa war etwas reduziert, die rote verbreitert, entsprechend einer Stauung. Die Appendix, deren Entfernung im Operationsbericht nicht erwähnt wurde, war apikal fibrös obliteriert, im Sinne einer Appendicopathie mit neurogener Betonung.