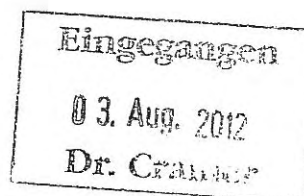


Prof. Dr. med. Kurt Dreikorn – Facharzt für Urologie Anlage 1
Stadtländerstraße 58 – 28355 Bremen

Tel.: 0421 254484 – Fax: 0421 2574147 – e-mail: dreikorn@uni-bremen.de

Herrn RA Sebastian Cramer
Neuer Wall 18
20354 Hamburg



Bremen, den 01.08.2012

Gutachten zur Prüfung eines Behandlungsfehlervorwurfes

Stolze / Dr. Nemnich u.a.

Ihr Zeichen: 49 /10SC09

**Frau de Sousa, Maria, geb.27.08.1967
verst. 07/2010**

Sehr geehrter Herr RA Cramer,

Bezug nehmend auf Ihre Schreiben vom 10.10.2011 und 25.11.2011
sowie auf unsere mehrfachen vor einigen Wochen und in der vergangenen
Woche geführten Telefonate

**erstatte ich
das nachfolgende fachurologische Gutachten**

in obiger Angelegenheit.

Das Gutachten stützt sich auf die per Post übersandten Unterlagen:

1. Tabellarische Übersicht von Herrn Stolze über den Krankheitsverlauf bei Frau de Sousa ;
2. Auszug aus der Patienten-Behandlungs-Kartei von Frau Dr. med. Mechthild Munt (Fachärztin für Allgemeinmedizin, Bernstorffstr. 174, 22767 Hamburg) über die Behandlung von Frau de Sousa vom

03.03.2009 bis zum 31.08.2009.

3. Auszug aus der Krankenkartei von Herrn Dr. med. Ewgeni Rosengrün (Facharzt für Urologie, Urologische Praxis, Bernstorffstr. 174, 22767 Hamburg) über die Behandlung von Frau de Sousa vom 24.06.2009 bis zum 10.09.2009, inkl. zusätzlicher Praxis-Unterlagen und Berichte aus den Kliniken.
4. Befund einer Urinuntersuchung vom 05.06.2009 aus der Praxis Dr. med. Herbert Nemnich (Arzt Innere, Bernstorffstr. 174, 22767 Hamburg).
5. Verschiedene Arztberichte, radiologische, patho-histologische und nuklearmedizinische Befunde.
6. Pflegeprotokolle des Pflegedienstes „Lichtblick“ (www.palliativdienst-lichtblick.de) vom 29.05-26.06. 2010
7. Arztbriefe des Zentrums für ambulante Onkologie im Struensee-Haus vom 12.03.2010 und 12.05.2010 mit Verordnungsprotokollen.
8. 5 Aktenordner mit Behandlungsunterlagen aus dem UKE.
9. 6 CDs mit radiologischen Untersuchungen.
10. 2 Berichte von Herrn Oliver Stolze über die Behandlung von Frau de Sousa, gesendet als e-mail an den Ombudsmann des UKE Hamburg:
 - Mail vom 25.01.2010 (6 Seiten über die Behandlung vom 08.01.2010 bis zum 18.02.2010 und vom 01.09.2010 bis zum 26.11.2010);
 - Mail vom 31.01.2010 (5 Seiten), gesendet an den Ombudsmann des UKE Hamburg mit ergänzenden Angaben über die Behandlung von Frau de Sousa;
11. Brief von Herrn Oliver Stolze vom 31.01.2010 an Herrn Dr. Raimund Kniep, Patientenombudsmann für das UKE mit Ausführungen und Zusammenfassungen zu den gegen das UKE erhobenen Vorwürfen im Zusammenhang mit der Behandlung von Frau de Sousa.
12. Telefonat mit der DAK Hamburg und der KV Hamburg am 11.07.2012.
13. Nachträglich am 19.07.2012 per Mail zugesandte Schriftwechsel (E-Mails) zwischen Herrn Stolze, dem Ombudsmann des UKE, Herrn R. Kniep, Frau de Sousa und Herrn Dr. Chun, UKE.

Zusammenfassung des Krankheits - / Behandlungsverlaufes

Wie aus der Patientenakte von Frau Dr. Munt hervorgeht, suchte Frau de Sousa Frau Dr. Munt erstmals am 03.03.2009 wegen der Zeichen eines Harninfektes auf. Eine differenzierte Urinuntersuchung war wegen bestehender Menstruationsblutung offensichtlich nicht möglich. Es wurde eine antibiotische Behandlung eingeleitet. Weitere Angaben zur Anamnese, zusätzliche Befunde, Untersuchungen bzw. Maßnahmen sind in der Patientenakte nicht dokumentiert. Auch aus den von Herrn Stolze per Mail bei der DAK angeforderten Abrechnungsdaten (Schreiben der DAK vom 29.10.201) gehen nach Rücksprache mit der DAK und KV Hamburg am 11.07.2012 keine weiteren Einzelheiten über persönliche Untersuchungen / Behandlungen von Frau Dr. Munt am 03.03.2009 bzw. 18.06.2009 hervor.

Vom 05.06.2009 stammt ein Eintrag auf einem Blatt, das Herrn Stolze von Herrn Dr. Nemnich zugeschickt wurde. Hierbei handelt es sich um eine Urin-Stix-Untersuchung (Urin-Schnelluntersuchung) die auf einen Harninfekt deutete. Ob die Patientin selbst an diesem Tag auch von Herrn Dr. Nemnich gesehen / untersucht wurde, geht aus der Eintragung in der Patientenakte und den bei der DAK abgerechneten Leistungen ebenfalls nicht hervor.

Der nächste Eintrag in der Patientenakte von Frau Dr. Munt stammt vom 18.06.2009, wobei wiederum „Harnwegsinfekt“ eingetragen ist.

Gleichzeitig ist unter diesem Datum in der Krankenakte von Frau Dr. Munt eingetragen „ → Mit-/Weiterbehandlung / Urologie (HWI [Harnwegsinfekt]). Dieses bedeutet, dass Frau Dr. Munt drei Monate nach der Erstvorstellung von Frau de Sousa (bei ihrer zweiten Vorstellung in der Praxis von Frau Dr. Munt) die Mit-/ Weiterbehandlung durch einen Urologen in die Wege geleitet hat. Die Vorstellung in der Praxis des Urologen, Herrn Dr. Rosengrün, ist auch bereits 6 Tage später, am 24.06.2009 erfolgt.

In einem Brief vom 21.09.2010 bittet Herr Stolze allerdings um weitere Unterlagen von Frau Dr. Munt über Praxisbesuche von Frau de Sousa „im April / Mai und teilweise Juni 2009“. Frau Dr. Munt bestätigt am 24.09.2010 in einer handschriftlichen Notiz auf dem Brief von Herrn Stolze, dass die von ihr bereits übersandten Unterlagen (Krankenakte) vollständig gewesen seien.

Aus dem Schreiben der DAK vom 29.10.2010 über abgerechnete Leistungen für Frau de Sousa geht hervor, dass von Frau Dr. Munt lediglich am 03.03.2009 und am 18.06.2009 Leistungen abgerechnet wurden und am 04.06.2009 von Herrn Dr. Nemnich. Diese Angaben decken sich mit den Eintragungen in der Krankenakte von Frau Dr. Munt.

Wegen des persistierenden Harninfektes wurde Frau de Sousa weiterhin mit Antibiotika behandelt.

In der Praxis von Herrn Dr. med. Rosengrün (Facharzt für Urologie) wurde Frau de Sousa erstmals am 24.06.2009 vorgestellt.

Hier fand sich wiederum ein Harninfekt. Bei der erstmals durchgeführten Sonographie wurde der Verdacht auf einen Ausgussstein der linken (? Hier muss es wohl heißen: der rechten) Niere geäußert.

Ein von Herrn Dr. Rosengrün veranlasstes iv. Urogramm ergab laut Befund vom 25.06.2009 (Herr Dr.med. Frank Brassow, Facharzt für Radiologie) einen „Nierenbeckenausgussstein rechts mit entsprechender Erweiterung und Deformierung des Nierenbeckenkelchsystems.....Regelrechter Befund links“.

Eine am 01.07.2009 durchgeführte nuklearmedizinische Nierenfunktionsuntersuchung ergab eine im Normbereich liegende Gesamtnierenfunktion, wobei von der linken Niere 61% und von der rechten Niere 39% geleistet wurde.

Am 20.08.2009 wurde Frau de Sousa im Urologischen Zentrum des Klinikums Wedel (Regio.Kliniken) zur Steinsanierung stationär aufgenommen. Es sollte laut Arztbrief vom 27.08.2009 zunächst eine URS (Ureterorenoskopie = Harnleiter-Nierenspiegelung) und Einlage einer inneren Harnleiterschiene (DJ-Katheter) vorgenommen werden.

Bei der Blasenspiegelung wurde überraschend als Zufallsbefund ein Tumor an der rechten Blasenwand entdeckt, der transurethral reseziert wurde.

Die geplante URS und Schienenanlage konnte nicht durchgeführt werden, da die Einmündungsstelle des rechten Harnleiters in die Blase (Ostium) nicht aufgefunden werden konnte.

Die patho-histologische Untersuchung der Blasenresektate ergab einen bereits fortgeschrittenen Blasentumor mit Einbruch in die Lymphgefäße und hoher Malignität: pT2a, L1, G3 high grade (Dr. med. L. Bollweg, Praxis für Pathologie, Elmshorn). Die Patientin wurde am 24.8.2009 entlassen.

Am 01.09.2009 wurde Frau de Sousa in der Urologischen Abteilung der Schön Klinik Hamburg-Eilbek zur Nachresektion aufgenommen.

Bei der Blasenspiegelung in Allgemeinanästhesie am Aufnahmetag ...“zeigte sich ein fibrinbelegtes Resektionsareal im Bereiche des Blasenbodens.

Ansonsten zeigte sich ein polypöser, solider, die Schleimhaut vorwölbender Tumor im Bereich der rechten Hemisphäre, wobei die Harnleiterostien noch frei waren. Vom Auslass zur linken Ureterleiste fand sich eine weitere Tumorspange, die nachfolgend reseziert wurde. Zur Sicherstellung des rechten Harnabflusses bei Ausgussstein erfolgte die Einlage einer Doppel-J-Schiene“.

Wie aus dem Arztbrief vom 10.09.2009 weiter hervorgeht, zeigten die Röntgen-Thorax-Aufnahme und Skelettszintigraphie keinen Anhalt für eine Metastasierung. Allerdings ergab sich in der Computertomographie „ein ausgedehnter, den Beckenboden infiltrierender Tumor, der nicht von den gynäkologischen Organen sicher abzugrenzen war, entlang der rechten Beckenachse fanden sich vermehrt retroperitoneale Lymphknoten. In Höhe der Nierenarterie rechts paraaortal fiel ein 1,1 cm großer Lymphknoten auf.“....

(Der ausführliche Befund des CT Abdomen stammt vom 02.09.2009 (Station 9A / Urologie, Klinik und Poliklinik für Diagnostische und interventionelle Radiologie UKE).

Die Histologie des Blasenresektates zeigte „ein niedrig differenziertes, invasives, solides Urothelcarcinom hohen Malignitätsgrades“.

Die Befunde wurden mit der Patientin besprochen und ihr eine Zystektomie (Entfernung der Blase), ggf. mit adjuvanter Chemotherapie empfohlen.

Da die Patientin noch unschlüssig war und sich bezüglich einer Blasen-erhaltenden Therapie informieren wollte, wurde ein Vorstellungstermin in der Onkologie des UKE Hamburg vereinbart. Die Patientin wurde am 03.09.2009 aus der Schön Klinik Hamburg-Eilbek entlassen.

Am 11.09.2009 erfolgte zunächst eine ambulante Vorstellung in der Poliklinik der Urologischen Klinik im UKE mit folgender Empfehlung:

„Wir haben mit Frau Sousa und ihrem Partner die verschiedenen Formen der Therapie besprochen und zu einer Operation geraten. Aufgrund der Lokalisation des Tumors muss von einem orthotopen Blasenersatz Abstand genommen werden. Wir haben im Falle einer OP primär die Anlage eines Mainz-Pouches besprochen, jedoch erwähnt, dass je nach Befund die Notwendigkeit der Anlage eines Ileumkonduits besteht“.

Es wurde mit der Patientin ein OP Termin für den 01.10.2009 vereinbart.

In der Folge sollte auch eine Sanierung des Steinleidens in der Niere durchgeführt werden.

Auf Wunsch der Patientin sollte auch noch eine Vorstellung in der onkologischen Ambulanz im UKE erfolgen.

Wie aus dem Arztbrief der Klinik und Poliklinik für Urologie hervorgeht (gedruckt am 23.11.2009) befand sich Frau de Sousa vom 24.09.2009 bis zum 17.10.2009 in stationärer Behandlung (Station 4E).

Am 01.10.2009 wurde dann die „vordere Exenteration mit Zystektomie, Hysterektomie und Ovaryektomie bds., Pyelolithotomie rechts sowie die Anlage eines Mainz-Pouches“ vorgenommen.

Dieses bedeutet die radikale Harnblasenentfernung, Entfernung der Vorderwand der Vagina, der Harnröhre, die Entfernung der Gebärmutter, beider Eierstöcke und der Beckenlymphknoten. Anstelle der Harnblase wurde eine aus einem Teil des Dick- und Dünndarmes geformte Ersatzblase angelegt, in die die Harnleiter eingepflanzt wurden (Mainz-Pouch). Aus einem Dünndarmsegment wurde ein Röhrchen gebildet, das mit dem Nabelgrund verbunden wurde. Hierdurch sollte später mittels eines dünnen Katheters intermittierend der Urin aus der Ersatzblase entleert werden. Der Nierenbeckenstein wurde nach Eröffnung des Nierenbeckens entfernt.

Die Operation selbst und der postoperative Verlauf waren komplikationsfrei.

Die postoperative UICC - Tumorklassifikation lautete:

pT4a, pN2 (3/54) G3, L1, V0, R0.

Dieses ist die Beschreibung der genannten Tumorklassifikation (UICC= Union International Contre le Cancer) :

Tumorstadien des Harnblasenkarzinoms nach TNM [UICC 2010]

Oberflächliches Harnblasenkarzinom:

- Ta: nicht-invasives papilläres Karzinom
- Tis: flaches anaplastisches Epithel mit geringgradiger Differenzierung, ohne Polarität und ohne Invaslon
- T1: Infiltration bis subepitheliales Bindegewebe (Lamina submucosa)

T2:

Infiltration der Harnblasenmuskulatur.

- T2a: Infiltration bis zur inneren Hälfte der Lamina muscularis
- T2b: Infiltration bis zur äußeren Hälfte der Lamina muscularis

T3:

Perivesikale Tumordinfiltration.

- T3a: mikroskopische perivesikale Infiltration
- T3b: makroskopische perivesikale Infiltration

T4:

Infiltration von Nachbarorganen.

- T4a: Infiltration Prostata, Uterus und Vagina
- T4b: Infiltration Becken- oder Bauchwand

N:

Lymphknotenbefall.

- N0: keine befallenen Lymphknoten
- N1: solitäre Lk-Metastase (hypogastrisch, obturatorisch, externe iliakale oder präsakrale Lymphknoten).
- N2: multiple Lk-Metastasen (hypogastrisch, obturatorisch, externe iliakale oder präsakrale Lymphknoten).
- N3: Lk-Metastasen entlang der Aa. iliaca communes

M:

Fernmetastasen.

- M0: keine Fernmetastasen
- M1: Fernmetastasen

G:

Grading.

- urotheliales Papillom
- Papilläre Neoplasie mit niedrig malignen Potential (PUNLMP)
- low grade: entspricht G1: gut differenziert und G2: mäßig differenziert
- high grade: entspricht G3: schlecht bis undifferenziert

Die Gesamtbeurteilung der Operationspräparate ergab bei Frau de Sousa laut Befundbericht der Abteilung für Pathologie vom 07.10.2009 folgende Gesamtdiagnose:

„Ausgedehntes, schlecht differenziertes Urothelkarzinom der Harnbase mit abschnittsweise plattenepithelialer und sarkomatoider Differenzierung (G3) mit ausgeprägter Begleitentzündung. Breitflächige Karzinominfiltration der muskulären Harnblasenwand und des perivesikalen Fettgewebes bis in das periurethrale Weichgewebe mit Durchsetzung der Urethrawand sowie in die muskuläre Wandung der Vagina (pT4a, siehe Abb. 1).

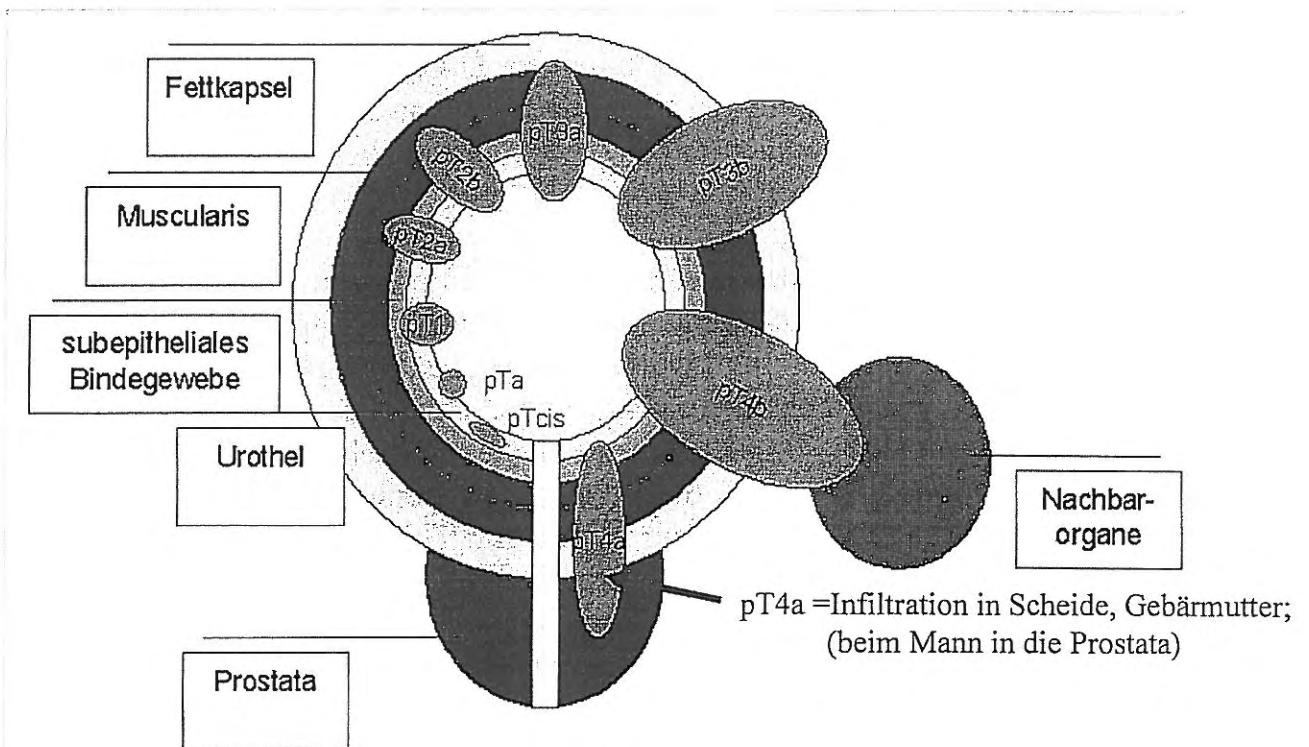
Fokaler Nachweis einer Lymphangioinvasion; kein Nachweis einer Hämangioinvasion (L1, V0).

Tumorfreier basaler / zirkumferentieller Resektionsrand der Harnblase, tumorfreier Harnröhrenabsetzungsrand, tumorfreie Resektionslinien der Vagina.

Karzinommetastase in einem perivesikalen Lymphknoten.“

Unter Berücksichtigung aller parallel eingeschickten Gewebsanteile / Lymphknoten wurden in drei von 54 Lymphknoten doch Tumormetastasen gefunden, so dass die endgültige Tumorklassifikation laut Bericht der Pathologie am UKE vom 07.10.2009 lautet:

”pT4a, pN2 (3/54), G3, L1, V0, Resektionslinien frei”(R0).



Schematische Darstellung der Klassifikation der Tumorausdehnung beim Harnblasenkarzinom

Abb.1

Aufgrund des fortgeschrittenen Tumorstadiums mit Einbruch in die Lymphgefäße und Lymphknotenbefall wurde eine Vorstellung des Krankheitsverlaufes von Frau de Sousa im interdisziplinären Tumorboard avisiert. Darüber hinaus sollte Frau de Sousa in der Abteilung für Onkologie vorgestellt werden mit der Frage einer adjuvanten (postoperativen) Chemotherapie.

Vom 26.11.2009 bis zum 28.12.2009 wurden zwei Therapiezyklen einer adjuvanten Chemotherapie mit Gemcitabine und Cisplatin verabreicht (Zentrum für Ambulante Onkologie im Struensee-Haus, Hämatologisch-Onkologische Praxis Altona-HOPA, Arztbrief vom 12.03.2010).

Unmittelbar nach Ende des 2. Zyklus kam es zu einer Schwellung des linken Beines.

Am 12.01.2010 wurde wegen einer am Vortag „bei den Internisten“ aufgetretenen Schwellung des linken Beines eine Sonographie durchgeführt, wobei folgender Befund erhoben wurde: „Sonographisch Flussverminderung in der Vena iliaca links, aber keine Thrombose. Heute hier sonographisch keine Lymphozele“.

Im weiteren Verlauf traten zunehmende Schmerzen im Bereiche des linken Beines mit starker Schwellung auf, die nach der Beschreibung von Herrn Stolze schließlich das Gehen unmöglich machten. Im Rahmen eines CT-Abdomen wurde eine neu aufgetretene Lymphknotenmetastasierung links parailiakal festgestellt. Konsekutiv trat eine Thrombose der Vena iliaca externa links auf, die am 26.01.2010 im CT verifiziert wurde: ...„Links parailiakal Nachweis einer zentral nekrotischen Raumforderung mit einem Durchmesser von 2,2, cm. Diese hat zu einer Thrombose der linken Vena iliaca externa sowie der mit abgebildeten Femoralvenen geführt. Darüber hinaus kein Nachweis retroperitonealer Lymphome.“...

Im PET/CT (PET Ganzkörper, 03.02.2010, Nuklearmedizin UKE) das als weitere Staging-Untersuchung zum Nachweis weiterer Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen durchgeführt wurde, wurden keine Organinfiltrationen, jedoch ein suspekter Lymphknoten ventral der rechten Beckenschaufel gefunden: ...“Darstellung des bekannten Pouches im rechten Mittelbauch. Links iliakale Raumforderung (3,6 x 3,9 cm; Voruntersuchung 2,2 cm) angrenzend an das Gefäßbündel idem zur VU mit Thrombose der Vena iliaca externa, zwei Lymphknoten ventral der rechten Beckenschaufel bis 1,1 cm“...

Aufgrund der lokalen Venenkompression mit weiter zunehmender Schwellung des linken Beines, verbunden mit intensivsten Schmerzen, erfolgte am 11.02.2010 eine dekompressive Lymphknotenausräumung, die zunächst zu einer Verbesserung des venösen Abstromes aus dem linken Bein mit Rückgang der Schwellung führte.

Bei der Operation am 11.02.2010 wurde in dem parailiakal links entnommenen Gewebe sowohl in der Schnellschnittuntersuchung als auch in der weiteren histologischen Untersuchung entfernter Lymphknoten Tumorgewebe gefunden. Der Bericht des Institutes für Pathologie vom 12.02.2010 ergab folgenden Befund: „Weichgewebematerial mit eingefasst zwei Lymphknoten und hier dann weitere Metastasen des klinisch bekannten Urothelkarzinoms“.

Eine komplette Entfernung des paravaskulären Gewebes war jedoch aufgrund des ausgedehnten Befundes nicht möglich, nicht zuletzt auch, um eine Verletzung bzw. Schädigung der Gefäße und / oder Nerven zu vermeiden: ...“Intraoperativ stellte sich eine Lymphknotenmetastase links dar, die sowohl die Iliakalgefäße als auch den N. femoralis ummauert. Das Debulking gelang somit nur bis an die Gefäß- und Nervenstrukturen heran. Eine komplette Entfernung wäre nur mit Hilfe eines großen Gefäßinterponates der A. iliaca externa sowie einer Durchtrennung des Nervus femoralis links, mit erheblicher Einschränkung des linken Beines, möglich gewesen. Dadurch nur Resektion bis an die Gefäßstrukturen“ (Arztbrief der Urologischen Klinik, UKE, über den stationären Aufenthalt vom 09.02.2010 bis zum 18.02.2010, gedruckt am 20.12.2010.

Nach einer Vorstellung im Interdisziplinären Tumorboard am 18.02.2010 wurde der Beschluss gefasst, dass zunächst eine Radiatio inguinal links durchgeführt werden sollte, im Anschluss daran Beginn mit einer second line Chemotherapie mit Vinflumin. Ein Vorgespräch zur Bestrahlungsplanung sollte am 04.03.2010 in der Strahlentherapie stattfinden.

Die bereits im Januar 2010 begonnene Antikoagulation wurde fortgeführt, ebenso eine Schmerzbehandlung.

In Abstimmung mit der Abteilung für Onkologie des UKE wurde eine palliative Zweitlinien-Chemotherapie mit Vinflumin vorgeschlagen, die am 08. März 2010 in der Hämatologisch-Onkologischen Praxis Altona (HOPA) eingeleitet wurde. Allerdings wurde nach 3 Therapiezyklen in den Zwischenuntersuchungen wiederum eine deutliche Progression der Erkrankung mit zunehmendem Lymphödem festgestellt.

Während die Hämatologisch-Onkologische Praxis zu einer Drittlinien-Chemotherapie mit Paklitaxel und Carboplatin riet, favorisierte Frau de Sousa nach Vorstellung in der Strahlentherapie laut Arztbrief der Hämatologisch-Onkologischen Praxis Altona vom 12.05.2010 eine strahlentherapeutische Fortsetzung der Behandlung.

Laut Auflistung des Krankheitsverlaufes von Herrn Stolze wurde diese vom 26.05.2010 bis zum 02.07.2010 ambulant im UKE Strahlencentrum durchgeführt.

Vom 28.05.2010 bis zum 26.06.2010 finden sich Aufzeichnungen über eine ambulante Palliativversorgung durch den Pflegedienst Lichtblick.

Vom 02.07.2010 bis zum 21.07.2010 wurde die Patientin in der II. Medizinischen Klinik stationär behandelt. Frau de Sousa wurde von den Kollegen der Strahlentherapie zur palliativen Komplexbehandlung sowie zur

Symptomkontrolle bei zunehmender Übelkeit und Erbrechen bei Subileussyndromatik übernommen.

Im CT-Abdomen vom 07.07.2010 hatten sich ein massiver, disseminierter Befundprogress mit zusätzlich jetzt hohem Ileus gezeigt, in der Lunge bilaterale pneumonische Infiltrate.

Am 21.07.2010 wurde Frau de Sousa in deutlich reduziertem Allgemeinzustand aus der medizinischen Klinik in das Sinushospiz verlegt, wo sie am 26.07.2010 nach der Aufzeichnung von Herrn Stolze bei weiterer Krankheitsprogression und nicht operierbarem Darmverschluss verstarb.

Zusammenfassung und Begutachtung

Frau de Sousa suchte am 03.03.2009 erstmals die Praxis von Frau Dr. Munt wegen eines Harninfektes auf. Eine weitergehende Urinuntersuchung wurde wegen der bestehenden Menstruationsblutung nicht durchgeführt.

Über Angaben zur Vorgeschichte (Anamnese), zusätzliche Befunde / Untersuchungen (z.B. körperliche Untersuchung mit Abtasten der Nierenlager auf Schmerzen, Ultraschalluntersuchung der Nieren oder Laboruntersuchungen) finden sich in der Patientenakte keine Eintragungen.

Die Erhebung einer Anamnese und Dokumentation in der Krankenakte /-Kartei gehört bei der Vorstellung einer Patientin / eines Patienten bei einem Arzt zum Standardvorgehen.

Es wurde prompt eine antibiotische Behandlung mit Cotrim forte® eingeleitet. Verordnet wurden 10 Tabletten, von denen üblicherweise tgl. 2 Tabletten zu nehmen sind.

Fachgerecht wird ebenfalls standardmäßig der Erfolg einer antibiotischen Therapie bei einem Harninfekt bei Persistenz der Beschwerden bzw. nach Beendigung der Behandlung mit Antibiotika durch eine erneute Urinuntersuchung und Anlage einer Urinkultur, gegebenenfalls mit Resistenzbestimmung überprüft.

Dieses wäre nach Sistieren der Menstruationsblutung grundsätzlich möglich gewesen, ist nach Aktenlage jedoch nicht dokumentiert / erfolgt.

Von Herrn Dr. med. Nemnich wurde Herrn Stolze drei Monate später das Ergebnis einer Urinuntersuchung vom 05.06.2009 zugeschickt, wobei wiederum ein massiver Harninfekt bestand.

Ein Ergebnis einer Urinkultur mit Resistenzbestimmung auf Antibiotika liegt ebenfalls nicht vor, ebenso keine Eintragung in eine Patientenakte über eventuell zusätzlich durchgeführte Untersuchungen bzw. Angaben von Beschwerden.

Frau Dr. Munt und Herr Dr. Nemnich sind zu befragen, warum keine Anamnese mit Angabe der Beschwerden erhoben / dokumentiert wurde und warum keine Urinkontrolle durchgeführt wurde.

Die nächste Eintragung in die Patientenakte von Frau Dr. Munt erfolgte am 18.06.2009. Daraus geht hervor, dass Herr Dr. Nemnich (wohl in Vertretung von Frau Dr. Munt), auf Grund der am 4./5.6.2009 durchgeführten Urinuntersuchung) Frau de Sousa über 10 Tage mit einem anderen Antibiotikum (Kepinol, 2 x 1 Tabl tgl.) behandelt hatte.

Da die Patientin wiederum Beschwerden hatte, verordnete Frau Dr. Munt ein anderes Antibiotikum (Ciprofloxacin 500 mg, 10 Tabletten).

Auch jetzt gibt es in der Patientenakte keine Angaben über weitere Untersuchungen.

Die Eintragung am 18.06.2009: „→ Mit-/Weiterbehandlung / Urologie (HWI Harnwegsinfekt) bedeutet, dass Frau Dr. M. Munt offensichtlich eine Weiter- bzw. Mitbehandlung durch den Urologen, Herrn Dr. Rosengrün, empfohlen hat.

Am 28.08.2009 hat Frau de Sousa laut Eintragung in die Patientenakte um eine Einweisung in die Klinik zur Einholung einer Zweitmeinung gebeten („da sie mit Dr. Rosengrün nicht zufrieden ist“) wobei Frau Dr. Munt darauf hinwies, dass die Einweisung durch den Urologen erfolgen müsse.

Am 31.08.2009 ist Frau Dr. Munt laut Eintragung in die Krankenakte von Herrn Dr. Rosengrün informiert worden, dass Frau de Sousa wohl einen bösartigen Harnblasentumor hatte.

Gutachterlich ist zusammenfassend festzustellen, dass die Eintragungen in die Krankenakte von Frau Dr. Munt äußerst spärlich sind und nicht dem ärztlichen Standard entsprechen.

Es fehlen komplett Angaben über die Beschwerden der Patientin, eventuell durchgeführte körperliche Untersuchungen (z.B. Nierenlager) und Urinkontrollen mit Kulturen und Resistenzbestimmungen.

Derartige Kontrollen des Behandlungsverlaufes nach antibiotischer Therapie sind zumindest nicht dokumentiert.

Auch wenn zunächst korrekt bei der ersten Vorstellung mit der antibiotischen Behandlung begonnen wurde, fehlen weitere Aufzeichnungen über Kontrolluntersuchungen hinsichtlich der Effizienz der antibiotischen Behandlungen.

Auffallend ist, dass zwischen dem 03.03.2009 und dem 18.06.2009 keinerlei weitere Untersuchungen von Frau de Sousa in der Praxiskartei von Frau Munt dokumentiert sind.

In seinem Brief an Frau Dr. Munt vom 21.09.2010 moniert Herr Stolze, dass Besuche von Frau de Sousa in der Praxis von Frau Dr. Munt im April, Mai und Anfang Juni in der Patientenakte nicht erwähnt sind. Laut

Abrechnungsunterlagen der DAK haben weitere Besuche im April und Mai jedoch offensichtlich nicht stattgefunden, jedenfalls sind keine abgerechnet worden. Lediglich die oben erwähnte Urinuntersuchung durch Herrn Dr.

Nemnich fand am 04. / 05.06.2009 statt.

Aus den Unterlagen geht auch nicht hervor, dass Frau Dr. Munt

Frau de Sousa zu zwischenzeitlichen Kontrolluntersuchungen aufgefordert bzw. diese mit ihr vereinbart hat.

Die Hinzuziehung eines Urologen erst nach dreimonatiger erfolgloser Behandlung eines massiven, offensichtlich Beschwerden verursachenden, therapieresistenten Harninfektes zum Ausschluss urologischer Ursachen hält der Gutachter für unangemessen spät. Es ist möglich, kann jedoch nicht mit Sicherheit festgestellt werden, ob ein früherer Beginn der urologischen Diagnostik und Therapie - und damit die frühere Diagnose eines bereits fortgeschrittenen Harnblasenkarzinoms (z.B. zwei Monate früher) – zu einer Heilung des Tumors bzw. Verhinderung späterer Komplikationen geführt hätte.

Wie die Eintragungen in die Patientenakte der Praxis von Herrn Dr. Rosengrün zeigen, war die von Herrn Dr. Rosengrün veranlasste urologische Diagnostik prompt und zielgerichtet zur Abklärung der Ursache des persistierenden Harninfektes:

Bereits bei der ersten Vorstellung wurde sonografisch der Verdacht auf einen Nierenbeckenausgussstein erhoben und noch am selben Tag der Auftrag an die Radiologie zur Anfertigung eines iv. Urogrammes erteilt, das bereits einen Tag später durchgeführt wurde (Befundbericht Herr Dr. F. Brassow vom 25.06.2009).

Hiermit konnte die Diagnose eines Nierenbeckenausgusssteines rechts gesichert werden. Unmittelbar danach erfolgte korrekt die seitengetrennte Funktionsuntersuchung der Nieren (Befundbericht von Herrn Dr. F. Brassow vom 01.07.2009).

Als dann nach stationärer Aufnahme (allerdings erst am 20.08.2009) in das Urologische Zentrum der Regio.Kliniken im Klinikum Wedel am 21.08.2009 die Entfernung des Nierenbeckensteines beginnen sollte, wurde als Zufallsbefund und überraschend bei der vorab durchgeführten Blasenspiegelung der Blasentumor entdeckt, wobei zur Sicherung der Histologie in derselben Sitzung eine transurethrale Blasentumorresektion durchgeführt wurde.

Nach den Unterlagen kann die Symptomatik des Blasentumors bei Frau de Sousa bis zu seiner Entdeckung bei der Blasenspiegelung am 21.08.2009 auch zumindest teilweise durch Symptome (Infekt) des Nierenbeckenausgusssteines überdeckt gewesen sein.

Somit kann nach den Unterlagen nicht ausgeschlossen werden, dass der persistierende Harninfekt bei Frau de Sousa auch durch den Nierenbeckenstein hervorgerufen und unterhalten wurde und keine intermittierenden Makrohämaturien, die wiederum für Blasentumoren typisch sind, aufgetreten sind.

Jedenfalls finden sich in den Unterlagen keine Hinweise auf intermittierende Makrohämaturien.

Allerdings geht aus den Unterlagen auch nicht hervor, dass die Patientin danach befragt wurde.

Andererseits können auch Blasen Tumoren selbst Blasenentzündungen begünstigen, wiewohl immer wieder auftretende Blutbeimengungen im Urin ohne Schmerzen („schmerzlose Makrohämaturie“) zu den häufigsten und charakteristischen Symptomen eines Blasen Tumors gehören.

Schon bei der ersten transurethralen Resektion ergab die patho-histologische Untersuchung des Resektates einen lokal fortgeschrittenen Tumor hoher Aggressivität mit einem prognostisch ungünstigen Einbruch in Lymphgefäße: Stadium pT2a, L1, G3 high grade (Bericht der Praxis für Pathologie, Herr Dr. L. Bollweg), ein Befund, der bei der zweiten Resektion in der Schön Klinik Hamburg-Eilbek am 01.09.2009 bestätigt wurde: ... „niedrig differenziertes, invasives, solides Urothelcarcinom hohen Malignitätsgrades, mindestens pT2, L1, GIII, high grade“.

Der lokal infiltrierende Blasen Tumor zeigte auch entsprechende Befunde im Computertomogramm mit vermehrten retroperitonealen Lymphknoten und einer Infiltration des Blasenbodens, wiewohl noch kein Anhalt für Organ-Metastasen bestand.

Am 01.10.2009 wurde dann nach Gesprächen mit Herrn Dr. Rosengrün und Vorstellung von Frau de Sousa in der Klinik und Poliklinik für Urologie im UKE die radikale Entfernung der Harnblase, der Harnröhre mit vaginaler Vorderwand, der Gebärmutter, beider Eierstöcke und der Beckenlymphknoten durchgeführt und zusätzlich die Entfernung des Nierenbeckensteine.

Darüber hinaus wurde ein Mainz Pouch angelegt (siehe S.5).

Die pathologische Untersuchung aller Operationspräparate zeigte, dass der Blasen Tumor noch weiter fortgeschritten war als vermutet worden war, und die postoperative Tumor-Klassifikation lautete:

„pT4a, pN2 (3/54), G3, L1, V0, R0“.

Dieses bedeutet ein organüberschreitendes Wachstum (siehe Abb.1) des aggressiven Tumors mit Einbruch in Lymphgefäße und eine Tumorabsiedelung in drei von 54 entfernten Lymphknoten.

Dagegen waren die Absetzungsrän der Tumorfrei (R0).

Dass bei der ersten transurethralen Resektion das pathologische Tumor stadium mit geringerer Infiltrationstiefe beschrieben wurde (pT2a, L1, G3 high grade, Dr. med. L. Bollweg, Praxis für Pathologie, Elmshorn) liegt daran, dass bei einem großen Blasen Tumor mittels transurethraler Resektion nur ein Teil der Blasenwand reseziert werden kann, während bei der radikalen Blasenentfernung die gesamte Blasenwanddicke, das mit entfernte umliegende Gewebe (z.B. Scheidenwand etc.) und die Lymphknoten in der Umgebung der Blase untersucht werden können. Aus diesem Grunde ist das pathologische Tumor stadium nach der Blasenentfernung in diesem Falle höher als bei den transurethralen Resektionen.

Wegen des fortgeschrittenen Tumorstadiums wurde eine postoperative (adjuvante) Chemotherapie begonnen (26.11.2009), die jedoch abgebrochen werden musste, da eine schmerzhaft, zunehmenden Schwellung des linken Beines auftrat (11.01.2010).

Schilderung von Herrn Stolze in der Mail an den Ombudsmann am UKE vom 25.01.2010:

Nach den Aufzeichnungen von Herrn Stolze (n.d.A.v. H.S.) waren die sehr starken Schmerzen im linken Bein mit zunehmender Schwellung bis zum Freitag, den 08.01.2010 aufgetreten.

Frau de Sousa rief n.d.A.v. H.S. am 08.01.2010 um 8:15 Uhr in der Anmeldung der Onkologie im UKE an, mit der Bitte um Rückruf. Zusätzlich wurde eine Mail mit Schilderung der Beschwerden n.d.A.v. H.S. per Mail an Herrn Dr.

Balabanow in der Onkologie geschickt. Erst, „spät am Freitag Abend“ erfolgte der Rückruf von Dr. Balabanow, wobei bereits der Verdacht auf eine Thrombose geäußert wurde. Gleichzeitig sei Frau de Sousa empfohlen worden, bei Zunahme der Beschwerden über das Wochenende in das UKE zu fahren.

Frau de Sousa folgte dieser Empfehlung jedoch nicht, da sie am Montag, den 11.01.2010 einen Termin in der Onkologie zur Chemotherapie hatte.

Am 11.01.2010 wurde die Chemotherapie zunächst verschoben und am 12.01.2010 eine Gefäßsonographie durchgeführt.

Im Sonogramm wurde eine Flussverminderung in der linken Vena iliaca links festgestellt, jedoch noch keine Thrombose diagnostiziert.

Im Abdomen-CT vom 26.01.2010 (14) Tage nach der gefäßsonografischen Untersuchung) wurde links parailiakal eine zentral nekrotische Raumforderung von 2,2 cm Durchmesser diagnostiziert, die offensichtlich durch Kompression der Gefäße zu einer Thrombose der linken Vena iliaca externa sowie der mit abgebildeten Femoralvenen geführt hatte.

Im PET vom 03.02.2010 wurde folgender Befund erhoben:

„Größenprogrediente Lymphknotenmetastase parailiakal links angrenzend an das Gefäßbündel mit Thrombose der Vena iliaca externa. Metastasensuspekte Lymphknoten ventral der rechten Beckenschaufel. Kein Nachweis weiterer tumorsuspekter Läsionen“.

Am 11.02.2010 (16 Tage nach dem Nachweis der Venenthrombose) wurden parailiakale Lymphknoten /Tumorgewebe operativ entfernt und die Vena iliaca externa damit dekomprimiert. Eine komplette Entfernung der Lymphknoten war offensichtlich nicht möglich, da das Risiko bestand, dass es bei einer notwendigen, ausgedehnten Präparation zu einer irreparablen Schädigung der benachbarten Gefäß- und Nervenstrukturen hätte kommen können (siehe S. 9). In den entfernten Lymphknoten wurde Tumorgewebe nachgewiesen (siehe S.9).

Der weitere Krankheitsverlauf bei Frau de Sousa war leider gekennzeichnet durch eine bedauerliche, tragische, schicksalhafte und leidvolle Progression der Krebserkrankung, mit zunehmendem Lymphödem des linken Beines und dadurch bedingten heftigen Schmerzen und schwersten Gehstörungen. Der Allgemeinzustand der Patientin verschlechterte sich rasch. Auch durch weitere Chemotherapien konnte die Krankheitsprogression nicht aufgehalten werden, so dass schließlich nur noch eine palliative Therapie zur Linderung der Schmerzen möglich war und Frau de Sousa am 26.07.2010 im Hospiz verstarb.

In seiner Mail an den Ombudsmann des UKE Hamburg vom 31.01. 2010 / 25.01.2010, seinem Brief vom 31.01.2010 und seiner Mail vom 05.11.2010 erhebt Herr Stolze in seinen eigenen detaillierten Aufzeichnungen über den Behandlungsablauf bei Frau de Sousa schwere Vorwürfe über eine Reihe seiner Ansicht nach schwerwiegender Unzulänglichkeiten, organisatorischer Fehlplanungen bis hin zu Fehlern bei der Übergabe von Frau de Sousa von einer Fachabteilung in die andere im UKE.

Wegen der in den Schreiben geäußerten Vorwürfen sind die drei Schriftstücke von Herrn Stolze an den Ombudsmann des UKE nachfolgend eingescannt wiedergegeben:

1. : Mail von Herrn Stolze vom 31.01.2010 / 25.01.2010
an den Ombudsmann im UKE (5 Seiten):

Seite 1 von 5

Beschwerde an den Ombudsmann
19.01.2010 + 31.01.2010

Von: "Oliver Stolze" <stolze@portugalia.de>
An: <ombudsmann@uke.uni-hamburg.de>
Cc: <oliver.stolze@FB.hamburg.de>
Gesendet: Sonntag, 31. Januar 2010 12:22
Einfügen: Beschwerde_Patient_deSouza_UKE_310110.pdf
Betreff: Beschwerde Frau de Sousa - Bitte um weitere Unterstützung

Hallo Herr Dr. Knlep,

wir haben die Krankengeschichte von Frau de Sousa um einige Daten vor dem 08.01.2010, wie auch nach dem 24.01 (unten in der Email vom 25.01 ergänzt). In der Zwischenzeit mußte Frau de Sousa einmal in die Notaufnahme, die Schmerzen in den Beinen, der Leistengegend ect. werden zur Zeit nicht behandelt weil man auf eine Untersuchung am kommenden Mittwoch wartet. Frau de Sousa kann nun fast überhaupt nicht mehr laufen und kann die Tage nur noch mit Schmerzmittel überstehen. Ohne Hilfe kann Sie mittlerweile fast keine Dinge mehr erledigen. Ihre Kraft sich weiter persönlich um Ihre Belange zu kümmern geht so langsam auch zu Erde, nach dieser ganzen Tournee kein Wunder.

Als PDF erhalten Sie schriftlich, hoffentlich eingemeasert sachlich formuliert, unsere Vorwürfe thematisch gegliedert, unser Fazit welches aus sichtsweise des UKE sicher strittig ist und unsere Forderung die es unverzüglich umzusetzen gilt, es geht hier um nicht weniger als um das Überleben von Frau de Sousa, unabhängig von der Wertung wie lange das nun noch sein kann.

Ich persönlich bin kein Mediziner, sondern Ingenieur, allerdings bin ich entsetzt über den Dilettantismus der Gesamtheit UKE. Jetzt wartet man wieder ohne begleitende organokardische Maßnahmen auf eine Untersuchung, um dann mal gerüßlich zu schauen wie man da weiter arbeiten sollte. Nix für ungut, Zeit haben die genug verschwendet, Frau de Sousa hat diese Zeit nicht mehr. Neben der wichtigen PET CT Untersuchung, die nach jetziger Sachlage des Gesamtverlaufes ab dem 11.01 schon mindestens 14 Tage vorher hätte passieren können, müßte sofort ein OP Team in geblockt werden und die lebensnotwendige OP mit dem jetzigen Wissensstand von den Chirurgen vorbereitet werden (Zuführen des Patienten, Vorgespräch, Auswertung der Unterlagen ect.). Statt dessen wartet da alle erst mal auf das Ergebnis der Untersuchung, wann immer das wohl sein könnte, um dann u.U. diesen entscheidenden Prozeß OP in Gang zu setzen oder halt nicht, Vorbereitung OP würde im Normalfall z.B. in der Schön Klinik keine 2 Tage dauern, beim UKE steht nach diesem Verlauf zu befürchten das es wieder Wochen sind.

Natürlich möchten wir das Verhältnis zu den Ärzten im Sinne von Frau de Sousa nicht belasten, allerdings nutzt mir das Geschwalle von Chung und Balabanov "wir tun doch alles" relativ wenig, weil man schon merkt das eigentlich keiner sich für den weiteren Verlauf verantwortlich fühlt. Zitat Dr.Balabanov " die OP kriegen wir schon noch rechtzeitig hin, aber genau weiß ich das nun auch nicht, ich operiere ja nicht. Da müßen Sie schon warten was die Chirurgen sagen."

Uns langt das jetzt, wir müßen den Druck da effizient erhöhen. Es wird nicht alles gemacht was nötig ist, und mein letztes Gespräch mit Dr.Chun indem er mir die Möglichkeit mal nahe gelegt hat das es schon zu spät sein könnte (davon habe ich Frau de Sousa nicht in Kenntnis gesetzt), zeigt mir in welche Richtung die das im für uns unangenehmsten Fall gerne drehen würden. Doch das ist jetzt irrelevant, der Druck muß jetzt sofort erhöht werden. Wir bitten daher um Ihre Unterstützung.

Und wir liegen da nicht falsch, sind zu empört oder ähnlich, jeder extern konsultierte Arzt hat uns zu dem Krankenverlauf von Frau de Sousa bis jetzt bestätigt, zumindest hinter vorgehaltener Hand, dass das gesamte Verfahren de Sousa / UKE bis jetzt von Pleiten, Pech und Pannen begleitet wird.

Mit freundlichem Gruß
Oliver Stolze

Langenfelder Str.57
22769 Hamburg
Tel. 040 / 430 13 48
Mobil 0173 601 08 37

Von: Stolze, Oliver
Gesendet: Montag, 25. Januar 2010 08:05

12.11.2010

An: 'ombudsmann@uke.uni-hamburg.de'

Cc: 'Maria de Sousa'

Betreff: detaillierte Krankheitsgeschichte vom 08.01 bis 24.01.2010 im UKE - Thema Lymphödem - Unsere Beschwerde vom 19.01

Sehr geehrter Herr Dr. Raimund Kniep,
wie besprochen, die detaillierteren Daten zu unserer Beschwerde vom 19.01.
Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich zur Verfügung.

Vorgeschichte

Frau des Sousa wurde am 01.10.2009 in der Urologie einer Operation (Entnahme Hamblase, Gebärmutter und Eierstöcke, Diagnose Harnblasenkrebs zuzüglich Entnahme eines Nierenausgusssteines) unterzogen und es wurde ihr ein "Pouch" implementiert, der die Funktion der Harnblase übernimmt. Der Harn wird über einen künstlichen Ausgang im Bauchnabel manuell in einen Katheter abgelassen. Auf der Urologie im UKE war Herr Dr. Chun der behandelnde Arzt für den Bereich OP und Pouch. Er war stets bemüht und sehr besorgt um Frau de Sousa. Nach der OP und einem 18-tägigen Aufenthalt im UKE wurde eine 3-wöchige Reha in Ratzeburg durchgeführt. Die Onkologie des UKE empfahl im Anschluß eine adjuvante Chemotherapie, die Frau de Sousa am 26.11.2009 begann. Pleiten, Pech und Pannen haben Frau de Sousa auch diese ganze Zeit bis zum 08.01.2010 im UKE begleitet, sollen aber jetzt nicht mehr Gegenstand der Beschwerde sein.

01.09.

Operation in der Schön Klinik - Probeentnahme Karzinom für Diagnose
Vor der OP wurden am selben Tag bis 11:00 folgende Untersuchungen durchgeführt : CT, Skeletztintigraphie und Röntgen, einen Tag vorher nahm der behandelnde Arzt Dr.Fibag eine Ultraschalluntersuchung vor.
Herr Dr.Fibag von der Schön Klinik empfahl für Frau de Sousa eine Operation im UKE, da die Schön Klinik leider keine Pouchimplantationen vornehmen konnte. Im UKE arbeitet Dr.Fischbach, die er als anerkannte Spezialistin mit viel Erfahrung empfahl.

01.10

Operation im UKE - Totaloperation und Pouchimplantation

17.10

Entlassung

29.10 - 19.11

Reha in Ratzeburg

26.11

Beginn der Chemotherapie

Eigentlich hätte zwischen der Operation und Chemotherapie eine CT stattfinden sollen. Diese wurde nicht durchgeführt.

08.01 Fr.

Sehr starke Schmerzen im linken Bein, Bein angeschwollen. Morgens rief Frau de Sousa deswegen um 8:15 Uhr in Anmeldung der Onkologie an mit Bitte um Rückruf von einem Arzt - Herr Dr. Langer oder Herr Dr. Balabanov. Symptome per Mail am Morgen an Dr. Balabanov Onkologie UKE gesendet - Dieser antwortet spät am Freitag abend mit Entschuldigung für späte Antwort. Er teilte mit es könnte Thrombose sein, es wäre besser bei Verschlechterung über das Wochenende in die Notaufnahme des UKE zu fahren.

09.01 Sa

Entscheidung von Frau de Sousa, keine Fahrt ins UKE. Am Montag den 11.01. gab es einen Termin in der Onkologie Chemotherapie Teil 3 bei Dr.Langer.

Dort sollte das Bein vor Beginn der Chemo vorgestellt werden

11.01 Mo

Termin Onkologie 9:45: Frau de Sousa stellte ihr Problem im UKE Onkologie bei Dr. Langer vor. Chemotherapie wurde auf den nächsten Tag verschoben. Kurzfristiger Termin zur Sonographie bei Dr. Hofmann der zusätzlich zur Auswertung der Ergebnisse Frau Dr. Gutmann konsultierte.

Es wird festgestellt, dass eine Vene in der Leiste eine Flußverminderung aufweist. Keine Thrombose festgestellt, diese wurde explizit ausgeschlossen. Frau de Sousa fragte nach Therapie für das geschwollene Bein -

Antwort : "das soll der behandelnde Arzt machen".

Zurück in der Onkologie machte Dr. Langer den Vorschlag präventiv Thrombosespritzen zu verabreichen. Frau de Sousa lehnte ab. Keine Diagnose. Frau de Sousa bat, dass bei der Chemotherapie am 12.01. eine versierte Fachkraft die Spritzen setzen sollten. Ihre Arme waren von den beiden vorherigen Therapien stark angegriffen, da die Spritzen immer falsch gesetzt wurden. Frau de Sousa wurde nach Hause geschickt. Die Schmerzen im Bein nahmen zu, Frau de Sousa konnte kaum noch gehen.

12.01 Di

Frau de Sousa hatte Termin im UKE Onkologie 8:30 Uhr. Wieder hatten die Schwestern Probleme mit der Spritze. Frau de Sousa beschwerte sich heftig, die Chemo wurde deshalb und wegen der starken Schmerzen im Bein abgebrochen. Frau de Sousa war seelisch angeschlagen und bittet um Gespräch mit Dr. Langer. Warten bis 10 Uhr

12.11.2010

auf Gespräch mit Dr. Langer - Abbruch der Chemotherapie wurde beschlossen .

Herr Dr. Chun aus der Urologie rief, nachdem Frau de Sousa ihn morgens per Email kontaktiert hatte, an und bat Sie sich als Notfall zu melden. Ein erneuter Ultraschall soll Aufschluß geben, ob der während der OP als Ersatzblase eingesetzte Pouch u.U. eine Vene abgeklemmt hat oder durch Narbengewebe oder ein Hämatom die Schwellungen im Bein herrühren. Kurz nach 10 Uhr bei der Anmeldung der Urologie 30Min stehend in Schlange mit wahnsinnigen Schmerzen, dann zur Notaufnahme, schliesslich zurück zur Urologie zurück - Frau Dr. Vogel führt kurzfristig eine Sonographie durch. Kein Ergebnis zur Diagnose. Anruf von Frau Vogel bei Chun. Aussage Herr Dr. Chun "man sollte eine Pouchuntersuchung machen".

Herr Dr. Langer sagte kurzfristigen Notfalltermin für CT-Untersuchung an, um festzustellen, ob u.U. durch die OP Venen oder das Lymphsystem beeinträchtigt wurden . Als Frau de Sousa bei der CT- Anmeldung Ihren kurzfristigen CT Termin bestätigt haben wollte, wurde Ihr gesagt man weiß von nichts und es geht erst in 3 Wochen - 03.02.10. Es wurde bei einer Urinprobe eine Infektion (Bakterien) festgestellt. Die Pouchuntersuchung mit Kontrastmittel konnte erst nach Beendigung der Infektion durchgeführt werden. Es wurden Antibiotika verschrieben, Termin für Pouchuntersuchung wurde auf Fr, den 15.01.10 festgesetzt. Schmerzen im Bein nahmen Abends wieder zu, das Bein schwoll immer mehr an. Frau Dr. Vogel sagt Frau de Sousa sollte am Do, 14.01.10 nochmals anzurufen und nachfragen ob wirklich das richtige Antibiotika verschrieben wurde.

13.01. Mi

Herr Dr. Langer Onkologie wurde per Email wegen dem nicht zustande gekommenen Termin CT angemahnt. Feedback von Dr. Langer Termin CT am Di 19.01.

14.01 Do

Feedback von der Urologie, es wurden die falschen Antibiotika verschrieben. Neue Antibiotika wurden verschrieben. Der Termin für die Pouchuntersuchung mußte deshalb auf Di den 19.01 verschoben werden (Frau de Sousa bat um Termin für Pouchuntersuchung am Montag - Sprechstunde sagte man solle am Dienstag vor dem CT kommen - man wüsste Bescheid und Frau de Sousa würde den Termin Pouchuntersuchung nach dem CT bekommen). Das Bein wird dicker und die Schmerzen nehmen weiter zu. Gehen fast nicht mehr möglich.

15.01. Fr.

Frau de Sousa bemüht das Internet, um festzustellen was die Schmerzen in Ihrem Bein verursacht. Google stellt die Diagnose Lymphödem mittlerweile Stadium 2 - 3.

Um ca. 18:00 Uhr werden Dr. Langer Onkologie und Dr. Chung Urologie über die Diagnose Lymphödem informiert. Feedback von Dr. Langer per Email, man sollte sich zur Diagnose in die Notaufnahme des UKE einfinden, da jetzt Wochenende ist.

Um ca. 20:00 wurde ein Notfallarzt am Telefon konsultiert. Er bot an sich das Problem anzusehen, sagte jedoch bei Lymphödem könne er nicht helfen, da Lymphdrainagen erforderlich seien. Frau de Sousa setzte die laufende Hormonbehandlung ab, da als Nebenwirkung dieser Medikamente u.a. Thrombose aufgeführt wird. Die Ärzte Dr. Chun Urologie und Dr. Langer Onkologie wurden auf diesen Umstand per Mail hingewiesen, mit der Bitte sich dieses Problem anzunehmen, da die Hormonbehandlung nach Entnahme der Gebärmutter und Eierstöcke ein wichtiger Bestandteil der weiteren Behandlung sind.

16.01. Sa.

Schmerzen sehr stark und das Bein wurde noch dicker

17.01. So

Schmerzen extrem stark, Frau de Sousa konnte nachts nicht schlafen. Es wurde per Internet das Zentrum für Gefäßmedizin in Hamburg als Spezialist für Lymphödeme gefunden.

18.01. Mo

Es wurde morgens per Telefon ein Notfalltermin im Zentrum für Gefäßmedizin für den gleichen Tag ausgemacht. Dort wurde die Diagnose von Frau de Sousa bestätigt.

Man zeigte sich dort sehr verwundert, daß im UKE bei der Vorgeschichte von Frau de Sousa (Totaloperation mit der Entnahme von über 54 Lymphdrüsen) niemand auf die Idee gekommen ist, die Gefahr des Lymphödems präventiv zu behandeln. Es hätte mit diesen Begleiterscheinungen gerechnet werden müssen.

Es wurden sehr kurzfristig Termine für die erforderliche Lymphdrainage ab dem 20.01. vereinbart, da Frau de Sousa am 19.01 schon Termine für CT und Pouchuntersuchung im UKE hatte.

19.01 Di

10:40 Uhr Meldung in der Urologie UKE, dort wurde Frau de Sousa gesagt der Termin Pouchuntersuchung kann heute nicht wahrgenommen werden, obwohl Ihr am 14.01. 10 gesagt wurde, dass man Bescheid wüsste und der Termin für Di angesetzt wird. Es muß neuer Termin vereinbart werden, Termin am 21.01 wurde vereinbart.

Frau de Sousa fand sich um 11:05 in der Anmeldung CT ein. Dort fragte man Frau de Sousa, was bei Ihr für ein CT gemacht werden sollte, Frau de Sousa bat doch bitte dies in der EDV nachzuprüfen. Weil es so lange dauerte, fragte Frau de Sousa mehrmals in der Anmeldung nach, ob alles in Ordnung sei. Die Aussage der Anmeldung war "Ja" und "Wir machen bei Ihnen eine Becken CT".

Nach weiteren 2 Stunden Wartezeit fragte Frau de Sousa nochmals nach und fragte, wo die Probleme seien. Da keine vernünftige Antwort kam, ging Frau de Sousa mit schmerzenden Beinen zu einer anderen Stelle der CT Anmeldung. Dort wurde Ihr gesagt es wird keine Becken CT durchgeführt, sondern es muß eine CT Thorax-Abdom durchgeführt werden, die allerdings das Trinken eines Kontrastmittel bedarf das ca. 1 Stunde dauert, jetzt wäre es allerdings zu spät. Es wurde ein neuer Termin am Donnerstag den 21.01 um 10:00 für die CT ausgemacht. Zurück angekommen wollte man Sie vom Personal zu falschen Untersuchung - zum Becken-CT -

12.11.2010

abholen -obwohl dies nie für Frau de Sousa vorgesehen war.

Das 3-stündige Sitzen in der Ct Anmeldung wirkte sich fatal für das schmerzende Bein mit dem Lymphödem aus, die Schmerzen nahmen zu.

20.01 Mi

Erste Lymphdrainage wurde unter Federführung des Zentrums für Gefäßmedizin durchgeführt.

21.01 Do

Das Bein von Frau de Sousa war am Morgen so stark angeschwollen, dass keine Bewegung mehr möglich war. Deshalb konnten Termine im UKE, für CT und Pouchuntersuchung, nicht wahrgenommen werden, so kurzfristig konnte kein Krankentransport für 10:00 organisiert werden. Neue Termine wurden vereinbart für CT am Di 10:00 26.01 und Pouchuntersuchung 28.01 8:30. Frau de Sousa wurde am Nachmittag zur Lymphdrainage transportiert.

22.01 Fr

Frau de Sousa nahm weiteren Termin Lymphdrainage war. Schmerzen wurden etwas weniger und die Schwellungen am Bein nahmen temporär ab, nahmen aber nach Abnehmen des Verbandes am Abend wieder zu.

23.01 und 24.01 Sa und So

Da am Wochenende keine Lymphdrainage termin durchgeführt werden, ist das Bein wieder angeschwollen und ein Bewegen zu Fuß war nicht mehr möglich. Frau de Sousa konnte das Bett nicht mehr verlassen und hatte starke Schmerzen.

Zu der Tatsache die am 18.01 von Frau de Sousa angezeigt wurde, Abbrechen der notwendigen Hormonbehandlung, hat es bis heute noch kein Feedback gegeben, hier scheint niemand zuständig zu sein.

25.01 Mo

Lymphdrainage

26.01 Di

Termin CT Untersuchung 10:00, Anmeldung Beginn 10:30, Ende 11:50, perfekter Ablauf.

Um ca. 17:30 rief Frau Dr. Feuerbach Onkologie an, Diagnose Thrombose, Frau de Sousa muß sofort ins UKE Notaufnahme, Lebensgefahr.

Frau de Sousa fuhr in das UKE, Ankunft ca. 18:10 - Notarzt versorgte Frau de Sousa mit Thrombosespritze, gab Kurzeinweisung zu Verhaltensregeln und übergab Rezepte und Ersatzspritze für die Selbstversorgung.

Notfalltermin am 27.01 im Zentrum für Gefäßmedizin um 7:30 ausgemacht, da Lymphdrainage Termine nun angeblich jetzt nicht mehr durchgeführt werden dürfen, Frau de Sousa benötigt 2te Meinung da das UKE nachweislich wohl kein Spezialist auf dem Gebiet der Gefäßmedizin ist.

27.01 Mi

Frau de Sousa wurde um 7:30 im Zentrum für Gefäßmedizin vorgestellt. Die behandelnde Ärztin Frau Dr. Heldorn mußte auf Grundlage der Diagnose Thrombose vom UKE die Lymphdrainagen absetzen. Lymphdrainagen und Thrombosebehandlung dürfen nicht gleichzeitig durchgeführt werden. Einzig täglich wechselnde Verbände können jetzt Linderung für die Schmerzen im Bein bringen. Diese muß Frau de Sousa selbst durchführen. Es soll ein Stützstrumpf gegen die Thrombose angefertigt werden. Es werden am Nachmittag Maße für die Anfertigung des Stützstrumpfes genommen, Fertigstellung nächste Woche Mittwoch.

Am Nachmittag rief Herr Dr. Langer Onkologie UKE an, Frau de Sousa soll sofort in das UKE auf die Onkologie kommen. Dort angekommen hat Herr Langer und Herr Dr. Balabanov, beide Onkologie UKE, Frau de Sousa erläutert daß beim CT eine vergrößerte Lymphdrüse entdeckt wurde, die auf eine Vene drückt und von daher die Schmerzen verursacht durch Thrombose und Lymphödem kommen würden. Die Onkologen gehen von einer metastasierten Lymphdrüse aus und empfehlen eine OP oder Bestrahlung. Frau de Sousa ist jetzt sehr unsicher und fragt ob es eine Untersuchung geben würde die diese Diagnose mit Sicherheit bestätigen könnte. Diese Diagnose ist ein PET CT erläutern die Ärzte und diese können Sie durchführen. Frau de Sousa sagte unter Schock Sie möchte diese Sicherheit haben. Herr Dr. Balabanov gab Herrn Dr. Langer Anweisung sich um einen PET CT Notfalltermin zu kümmern. Herr Dr. Langer rief wegen einem Termin in der CT Abteilung an, diese vergab einen Termin für Frau de Sousa am 03.02.2010, eine Woche später. Herr Stolze rief gegen 17:10 bei Herrn Dr. Balabanov an und fragte warum der Termin so spät angesetzt wurde und wie lange bei einer Bestätigung der Diagnose der Vorlauf für die dann dringsten notwendige OP sein würde. Herr Dr. Balabanov erwiderte er könne bei dem Termin für das PET CT nichts machen und erläuterte warum dieses eine besondere Form des CT ist, es über Kasse nur im UKE zu machen ist, es nur eine Maschine gibt. Zur OP sagte Herr Dr. Balabanov dieses sei keine große Sache, es könnte außer von der Urologie Abteilung Dr. Chun auch von der normalen chirurgischen Abteilung durchgeführt werden, das ist "kein großes Ding" und sollte schnell gehen. Man würde Frau de Sousa dann an die entsprechende Abteilung überweisen, die Informationen austauschen und dann den OP Termin fixieren. Wie lange das nun aber wirklich dauern würde könne er nicht sagen, da er ja auch nicht operiert.

Herr Stolze und Frau de Sousa besprachen sich nach diesen Informationen. Beide waren sich einig, daß eine Verzögerung der notwendigen OP zur Sicherstellung der Diagnose u.U. zuviel Zeit in Anspruch nehmen könnte, da niemand sagen kann ob diese Zeitverzögerung ein erhöhtes Risiko für die weitere Ausbreitung des Krebses bedeuten könnte. Da die vergrößerte Lymphdrüse auf jeden Fall der mechanische Grund für die Venenverengung und damit auch die Beschwerden (Thrombose und Lymphödem) ist, entschied Frau de Sousa auf die PET CT zu verzichten um sofort die Vorbereitungen für die OP aufnehmen zu können. Herr Dr. Balabanov und Herr Dr. Langer waren um 17:45 nicht mehr zu erreichen, da beide das Haus schon verlassen hatten. Herr Dr. Balabanov wurde die Entscheidung zur OP und gegen die PET CT auf die Mailbox gesprochen, Frau Dr. Feuerbach Onkologie UKE wurde noch telefonisch erreicht mit der Bitte Dr. Langer eine Nachricht über die Entscheidung von Frau de Sousa zukommen

12.11.2010

zu lassen und der weiteren Bitte sich bei Frau de Sousa zu melden.

28.01 Do

Termin für die Pouchuntersuchung

Frau de Sousa traf ein zum Termin Pouchuntersuchung. Es wurde festgestellt das die Infektion noch nicht abgeheilt ist. Die Pouchuntersuchung kann daher nicht durchgeführt werden. Es müssen jetzt wieder 4-5 Tage Antibiotika eingenommen werden.

Frau de Sousa wird am selben Morgen bei Herrn Dr.Langer Onkologie Eppendorf vorstellig. Herr Dr. Langer erläutert Frau de Sousa nun das der PET CT Termin unbedingt notwendig ist. Eine OP könnte wegen der Thrombose wohl nicht durchgeführt werden, ein schneller OP Termin könnte das.wahrscheinlich sowieso nicht werden. Frau de Sousa ist nun sehr verwundert, da dieses sich etwas anders anhört als die Infos von Herrn Dr.Balabanov vom 27.01. Herr Dr.Langer merkte an, dass es nicht von Vorteil war sich wegen der Schmerzen im Bein an das Zentrum für Gefäßmedizin zu wenden und das er am 08.01 schon vorgeschlagen hatte präventiv Thrombosespritzen zu geben. Herr Dr.Langer merkte auf Nachfrage von Frau de Sousa zu dem späten PET CT Termin an, es könnte ja wohl nicht sein, dass Frau de Sousa verlangt einen schnelleren Termin zu bekommen, da müsste man ja andere Patienten nach hinten schieben und warten lassen. Weiterhin gab er zu Protokoll das Frau de Sousa sich in etwas reinsteigert, was nicht nötig ist. Herr Langer informierte Frau de Sousa weiterhin das Herr Balabanov Onkologie sich an Herrn Dr.Chun Urologie gewendet hat und dieser Frau de Sousa noch am 28.01 telefonisch kontaktieren wollte.

Frau de Sousa besuchte um ca. 17:15 ihren neuen Hausarzt Dr.Walther zum ersten Mal. Dieser nahm eine Ultraschalluntersuchung vor und erläuterte vor dem Ultraschallgerät Herrn Stolze und Frau de Sousa wie man eine Thrombose erkennt. Er war begeistert von den Bildern, da diese wie aus dem Lehrbuch anzuschauen seien. Er war fassungslos das im UKE niemand diese Diagnose stellen konnte. Er erläuterte das die Entfernung eines Lymphknotens keine große Sache ist und zu den einfachen Eingriffen in der Chirurgie gehört. Nach der medizinischen Kurzzeitanweisung von Dr. Walther sind nun auch Frau de Sousa und Herr Stolze als gelernte Hochbauingenieure in der Lage verlässliche Diagnosen zu dem Thema Thrombose zu stellen.

Herr Stolze telefonierte um ca. 18:30 mit Herrn Dr.Chung. Herr Dr.Chun erklärte die Schwierigkeiten für einen schnellen Termin PET CT aufgrund des technischen und organisatorischen Aufwandes. Der Termin am Mittwoch sei extrem früh, dieses wurde auch vorher von dem Hausarzt Dr.Walther bestätigt.

Herr Dr. Chun erläuterte man bräuchte den Termin um festzustellen ob außer der einen erkannten Lymphmetastase noch andere Bereiche befallen sind. Wenn eine OP durchgeführt wird, sollten dann alle angegriffenen und gefährdeten Stellen entfernt werden. Er teilte mit das die Onkologen die Chemotherapie für gescheitert erklärt hätten. Er erläuterte Herrn Stolze die Statistik zu der Krebsdiagnose von Frau de Sousa (30% Leben bis zu 5 Jahren, die anderen 70% versterben früher), *Frau de Sousa würde so oder so an dem Krebs sterben, da dieses statistisch erwiesen sei. Es könnte auch nur eine Lebenswahrscheinlichkeit von einigen Monaten geben. Genaueres kann erst nach der PET CT gesagt werden.* Eine OP hätte bei Bestätigung der Worst Case Diagnose aus statistischer Sicht wohl dann keinen Sinn mehr und die Ärzte können dann nicht mehr helfen (Herr Stolze informierte Frau de Sousa nicht über diese Aussage). Auf die Nachfrage von Herrn Stolze wer zur Zeit eigentlich der verantwortliche behandelnde Arzt sei sagte Dr.Chun das sei die Onkologie UKE Balabanov/Lange. Herr Stolze fragte wer den jetzt zumindest für die Behandlung von Schmerzen in der Leistengegend, zusammenhängend mit der vergrößerten Lymphdrüse die auf eine Vene drückt, verantwortlich sei. Herr Dr.Chun zeigt sich verwundert das noch niemand sich gekümmert hat. Er sagte Herrn Stolze Frau de Sousa sollte zum Hausarzt gehen und das Stichwort WHO Schmerztablette sagen, wenn dieser Hausarzt einigermaßen fit sei würde er wissen was er zu verschreiben hat. Frau de Sousa und Herr Stolze gingen wieder zu dem Hausarzt Herrn Dr.Walther zurück und Frau de Sousa bekam ein Schmerzmittel verschrieben.

12.11.2010

2. Brief von Herrn Stolze vom 31.01. 2010 an den Ombudsmann im UKE (2 Seiten):

Den mail an UKE 31.01.2010
Beschweide_Patient_deSousa_UKE_310110.pdf

Oliver Stolze

[Tel. : +49 40 430 13 48] [Mobil : 0173 601 08 37] [E-Mail : stolze@portugalia.de]

Oliver Stolze - Langenfelderslr. 57 - 22769 Hamburg

An
Herrn Dr. Raimund Kniep
Patientenombudsmann für das UKE
per Email

Hamburg, den 31.01.2010

Sehr geehrter Herr Dr. Raimund Kniep,

folgende Vorwürfe stellen wir gegen das UKE im Fall Frau de Sousa.

1. Thrombosedagnostik

Frau de Sousa kam am 11.01 mit Beschwerden in das UKE, es gab dort keine ernsthaften Bemühungen diese Beschwerden zu diagnostizieren, keiner war richtig zuständig und es wurde eine falsche Diagnose gestellt, "keine Thrombose". Heute wissen wir, dass diese Aussage lebensgefährlich war. Hätte man bei Thrombose weiter die Lymphdrainage durchgeführt, hätte das für Frau de Sousa tödlich enden können. In Anbetracht unsere Recherchen ist das Erkennen einer Thrombose, die zum Zeitpunkt der Untersuchung im UKE am 11.01 schon vorhanden war (Aussage Frau Dr Heidorn vom Zentrum für Gefäßmedizin) im Normalfall ein Selbstgänger. Das Verhalten des UKE war in diesem Falle grob fahrlässig.

2. Schwerwiegende und vermeidbare Unterlassungen zu Lasten des Patienten

Weiterhin ist uns aufgefallen, dass man im UKE mit dem Faktor Zeit sehr spendabel umgeht. Frau de Sousa hat bei Ihrer Diagnose eines mit Sicherheit nicht und das ist Zeit. Am 01.09.09 ist Sie das erste Mal in der Schön Klinik in Eilbek operiert worden. Hier haben am gleichen Tag mit der OP eine CT und eine andere aufwendige Untersuchung stattgefunden. Im UKE wurde Frau de Sousa am 11.01 vorgestellt und eine CT wurde angesetzt die erst 15 Tage !!! später durchgeführt wurde. Herr Dr. Chun hat mir während eines Telefonates ernsthaft ins Gewissen geredet und gesagt, das UKE hat alles Mögliche getan. Ehrlich gesagt glaube ich, dass dieses mit Sicherheit nicht der Fall ist und die Fakten belegen dieses.

Der Normalfall am 11.01 wäre gewesen stationäre Einweisung, alle notwendigen Untersuchungen im Laufe von 2 Tagen durchführen, Diagnose spätestens am 3.Tag und am 4.Tag Therapieansatz. Der Gesamtapparat UKE hat in diesem Fall die notwendige Hilfeleistung einfach unterlassen.

3. Falsche Grundeinstellung und fehlende notwendige interdisziplinäre Betrachtungsweise

Betrachtet man die Aussage von Dr. Chun zur statistischen Überlebenswahrscheinlichkeit von Frau de Sousa und sieht den Krankheitsverlauf dann rein technisch kann man zu der Annahme kommen, dass ein engagiertes und zeitnahe Handeln keine Priorität haben muß. Dieses würde vom UKE, im Verhältnis zur Schön Klinik als Vergleichsmaßstab, durch die katastrophale Ablaufplanung genau so bestätigt. Zu dem Thema Statistik will ich mich jetzt nicht auslassen, diese wurde uns schon Anfang September in der Schön Klinik erläutert, allerdings mit dem Nachsatz, dass diese Sichtweise keine Bedeutung für Frau de Sousa haben sollte, es kommt auf den Einzelfall an, die interdisziplinäre Betrachtungsweise und daraus resultierend zeitnahe Maßnahmen zur richtigen Zeit. Diese Philosophie der Schön Klinik bedeutet, dass man alles Mögliche versucht um dem Patienten zu helfen. Im UKE wurde im Fall Frau de Sousa eine andere Betrachtungsweise verfolgt, die einzelnen Fachabteilungen interessiert nur Ihre Disziplin, Aus-

tausch findet statt, allerdings sehr zähflüssig wenn überhaupt, Maßnahmen werden dadurch zu Lasten des Patienten verschleppt. Das UKE ist ein QM zertifiziertes Unternehmen. Da dürfen und können diese Versäumnisse bei einer Patientin, wo es um Leben oder Tod geht nicht passieren. Entweder das Zertifikat ist zu Unrecht erteilt worden oder die schlampige Art mit der man den Fall Frau de Sousa angegangen ist, basiert auf der statistischen Wahrscheinlichkeit und einer damit verbundenen untergeordneten Priorität bei der Veranlassung von Maßnahmen. Alle beschriebenen zeitlichen Abläufe, welche zu Lasten der Gesundheit von Frau de Sousa gingen, sind dann damit unter Vorsatz geschehen.

4. In Prüfung : Behandlungsfehler in der Übergabe des Patienten von einer Fachabteilung in die nächste

Weiterhin prüfen wir, ob zwischen OP und Chemotherapie eine CT notwendig gewesen wäre. Zur Zeit kommt es uns so vor, als ob die Kollegen des UKE das allesamt vergessen haben. Wäre diese durchgeführt worden und die Lymphmetastase wäre dort schon sichtbar gewesen, hätten andere Maßnahmen ergriffen werden können. Frau de Sousa wurde zu Beginn der Chemotherapie von der Onkologie Herrn Dr. Langer gefragt, ob das CT durchgeführt wurde, dann hat sich aber niemand mehr darum gekümmert. Abschließend können wir noch nicht sagen, ob diese fehlende Maßnahme ein schwerwiegendes und relevantes Versäumnis war. Allerdings muß es ja offiziell einen Prozeß im QM-Handbuch des UKE geben der dieses beschreibt. Darauf haben wir leider keinen Zugriff und müssen uns eine 2te Meinung einholen.

Fazit :

Wenn das UKE seinen Auftrag sachgemäß und dem Ernst der Lage angepaßt ausgeführt hätte, wäre die Überlebenschance von Frau de Sousa sehr viel höher gewesen, statistisch gesehen wie auch nur auf den Einzelfall betrachtet. Es mag sein, dass die einzelnen Mitarbeiter sich bemühen, wie sagt man so schön, im Rahmen Ihrer Möglichkeiten. Leider ist das im Verhältnis zu wenig und im Endeffekt hat man Frau de Sousa das Leben nur schwer gemacht und niemand hat sich ernsthaft mit dem Gesamtbild Ihrer Beschwerden und Ihrer Krankheit auseinandergesetzt, niemand war oder fühlte sich ernsthaft verantwortlich. Das wenig erfolgsversprechende "wir haben alles getan" mag im Einzelfall stimmen, in der Gesamtheit überwiegt jedoch die Unterlassung von notwendigen Maßnahmen. Vielmehr war es ein Kraftakt von Frau de Sousa Reaktionen vom UKE zu erzwingen. Das kann doch nicht ernsthaft zu der Aussage des UKE führen, dass man alles Mögliche getan hat. Da es hier in diesem Falle explizit um Leben und Überleben geht, sind diese Gesamtversäumnisse des UKE nicht als Lappalie zu betrachten. Vielmehr ist zu untersuchen, welcher Schaden durch das UKE entstanden ist. Weiterhin ist zu betrachten was eigentlich mit Patienten in ähnlich gelagerten Fällen passiert ist, die sich nicht eigeninitiativ gekümmert haben oder konnten.

Forderung :

Da der längst überfällige Wechsel in eine andere Klinik zu einer professionellen Betreuung von Frau de Sousa in diesem Stadium wahrscheinlich eher kontraproduktiv zu sein scheint, fordern wir ab sofort eine dem Sachstand angemessene Behandlung vom UKE. Nach der Untersuchung am Mittwoch wird sich zeitnah eine auf diesen Einzelfall zusammengesetzt Task Force um Auswertung und adäquaten Therapieansatz kümmern. Die Prozesse / Untersuchungen / sonstigen Maßnahmen werden vom UKE eigenverantwortlich durchgeführt. Frau de Sousa wird davon befreit sich eigeninitiativ um Informationen und Maßnahmen zu bemühen. Das UKE bemüht sich um bestmögliche Betreuung und Versorgung.

Mit freundlichem Gruß

Oliver Stolze

3. Mail von Herrn Stolze vom 05.11.2010 an den Ombudsmann im UKE (6 Seiten):

Seite 1 von 6

Krankheitsgeschichte / Verlauf M. de Sousa
vom 08.01.2010 bis 18.02.2010

Von: "Oliver Stolze" <stolze@portugalia.de>
Gesendet: Freitag, 5. November 2010 20:46
Betreff: Reporting Probleme Bein Maria

Fossil vom 25.01.10
ERGÄNZT um DIE FOLGE
vom 26.01.10 bis 18.02.10

Von: Stolze, Oliver
Gesendet: Montag, 25. Januar 2010 08:05
An: 'ombudsmann@uke.uni-hamburg.de'
Cc: 'Maria de Sousa'
Betreff: detaillierte Krankheitsgeschichte vom 08.01 bis 24.01.2010 im UKE - Thema Lymphödem - Unsere Beschwerde vom 19.01

Sehr geehrter Herr Dr. Raimund Kniep,
wie besprochen, die detaillierteren Daten zu unserer Beschwerde vom 19.01.
Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich zur Verfügung.

Vorgeschichte

Frau des Sousa wurde am 01.10.2009 in der Urologie einer Operation (Entnahme Harnblase, Gebärmutter und Eierstöcke, Diagnose Harnblasenkrebs zuzüglich Entnahme eines Nierenausgusssteines) unterzogen und es wurde ihr ein "Pouch" implementiert, der die Funktion der Harnblase übernimmt. Der Harn wird über einen künstlichen Ausgang im Bauchnabel manuell in einen Katheter abgelassen. Auf der Urologie im UKE war Herr Dr. Chun der behandelnde Arzt für den Bereich OP und Pouch. Er war stets bemüht und sehr besorgt um Frau de Sousa. Nach der OP und einem 18-tägigen Aufenthalt im UKE wurde eine 3-wöchige Reha in Ratzeburg durchgeführt. Die Onkologie des UKE empfahl im Anschluß eine adjuvante Chemotherapie, die Frau de Sousa am 26.11.2009 begann. Pleiten, Pech und Pannen haben Frau de Sousa auch diese ganze Zeit bis zum 08.01.2010 im UKE begleitet, sollen aber jetzt nicht mehr Gegenstand der Beschwerde sein.

01.09.

Operation in der Schön Klinik - Probeentnahme Karzinom für Diagnose

Diagnose Tumor pT_a2, L1 G3

Vor der OP wurden am selben Tag bis 11:00 folgende Untersuchungen durchgeführt : CT, Skeletztintigraphie und Röntgen, einen Tag vorher nahm der behandelnde Arzt Dr. Fibag eine Ultraschalluntersuchung vor.

Herr Dr. Fibag von der Schön Klinik empfahl für Frau de Sousa eine Operation im UKE, da die Schön Klinik leider keine Pouchimplantationen vornehmen konnte. Im UKE arbeitet Dr. Fischbach, die er als anerkannte Spezialistin mit viel Erfahrung empfahl.

01.10

Operation im UKE - Totaloperation und Pouchimplantation

Diagnose pT_{4a}, pN₂(3/54), G3, L1, V0, R0

17.10

Entlassung

29.10 - 19.11

Reha in Ratzeburg

26.11

Beginn der Chemotherapie

Eigentlich hätte zwischen der Operation und Chemotherapie eine CT stattfinden sollen. Diese wurde nicht durchgeführt.

08.01 Fr.

Sehr starke Schmerzen im linken Bein, Bein angeschwollen. Morgens rief Frau de Sousa deswegen um 8:15 Uhr in Anmeldung der Onkologie an mit Bitte um Rückruf von einem Arzt - Herr Dr. Langer oder Herr Dr. Balabanov.

Symptome per Mail am Morgen an Dr. Balabanov Onkologie UKE gesendet -

Dieser antwortet spät am Freitag abend mit Entschuldigung für späte Antwort. Er teilte mit es könnte Thrombose sein, es wäre besser bei Verschlechterung über das Wochenende in die Notaufnahme des UKE zu fahren.

09.01 Sa

Entscheidung von Frau de Sousa, keine Fahrt ins UKE. Am Montag den 11.01. gab es einen Termin in der Onkologie Chemotherapie Teil 3 bei Dr. Langer.

Dort sollte das Bein vor Beginn der Chemo vorgestellt werden

11.01 Mo

Termin Onkologie 9:45: Frau de Sousa stellte ihr Problem im UKE Onkologie bei Dr. Langer vor. Chemotherapie wurde auf den nächsten Tag verschoben. Kurzfristiger Termin zur Sonographie bei Dr. Hofmann der zusätzlich zur

12.11.2010

Auswertung der Ergebnisse Frau Dr. Gutmann konsultierte.

Es wird festgestellt, dass eine Vene in der Leiste eine Flußverminderung aufweist. Keine Thrombose festgestellt, diese wurde explizit ausgeschlossen. Frau de Sousa fragte nach Therapie für das geschwollene Bein -

Antwort: "das soll der behandelnde Arzt machen".

Zurück in der Onkologie machte Dr. Langer den Vorschlag präventiv Thrombosespritzen zu verabreichen. Frau de Sousa lehnte ab. Keine Diagnose. Frau de Sousa bat, dass bei der Chemotherapie am 12.01. eine versierte Fachkraft die Spritzen setzen sollten. Ihre Arme waren von den beiden vorherigen Therapien stark angegriffen, da die Spritzen immer falsch gesetzt wurden. Frau de Sousa wurde nach Hause geschickt. Die Schmerzen im Bein nahmen zu, Frau de Sousa konnte kaum noch gehen.

12.01 Di

Frau de Sousa hatte Termin im UKE Onkologie 8:30 Uhr. Wieder hatten die Schwestern Probleme mit der Spritze. Frau de Sousa beschwerte sich heftig, die Chemo wurde deshalb und wegen der starken Schmerzen im Bein abgebrochen. Frau de Sousa war seelisch angeschlagen und bittet um Gespräch mit Dr. Langer. Warten bis 10 Uhr auf Gespräch mit Dr. Langer - Abbruch der Chemotherapie wurde beschlossen.

Herr Dr. Chun aus der Urologie rief, nachdem Frau de Sousa ihn morgens per Email kontaktiert hatte, an und bat Sie sich als Notfall zu melden. Ein erneuter Ultraschall soll Aufschluß geben, ob der während der OP als Ersatzblase eingesetzte Pouch u.U. eine Vene abgeklemmt hat oder durch Narbengewebe oder ein Hämatom die Schwellungen im Bein herrühren. Kurz nach 10 Uhr bei der Anmeldung der Urologie 30Min stehend in Schlange mit wahn sinnigen Schmerzen, dann zur Notaufnahme, schliesslich zurück zur Urologie zurück - Frau Dr. Vogel führt kurzfristig eine Sonographie durch. Kein Ergebnis zur Diagnose. Anruf von Frau Vogel bei Chun. Aussage Herr Dr. Chun "man sollte eine Pouchuntersuchung machen".

Herr Dr. Langer sagte kurzfristigen Notfalltermin für CT-Untersuchung an, um festzustellen, ob u.U. durch die OP Venen oder das Lymphsystem beeinträchtigt wurden. Als Frau de Sousa bei der CT-Anmeldung ihren kurzfristigen CT Termin bestätigt haben wollte, wurde ihr gesagt man weiß von nichts und es geht erst in 3 Wochen - 03.02.10. Es wurde bei einer Urinprobe eine Infektion (Bakterien) festgestellt. Die Pouchuntersuchung mit Kontrastmittel konnte erst nach Beendigung der Infektion durchgeführt werden. Es wurden Antibiotika verschrieben, Termin für Pouchuntersuchung wurde auf Fr, den 15.01.10 festgesetzt. Schmerzen im Bein nahmen Abends wieder zu, das Bein schwoll immer mehr an. Frau Dr. Vogel sagt Frau de Sousa sollte am Do, 14.01.10 nochmals anrufen und nachfragen ob wirklich das richtige Antibiotika verschrieben wurde.

13.01. Mi

Herr Dr. Langer Onkologie wurde per Email wegen dem nicht zustande gekommenen Termin CT angemahnt. Feedback von Dr. Langer Termin CT am Di 19.01.

14.01 Do

Feedback von der Urologie, es wurden die falschen Antibiotika verschrieben. Neue Antibiotika wurden verschrieben. Der Termin für die Pouchuntersuchung mußte deshalb auf Di den 19.01 verschoben werden (Frau de Sousa bat um Termin für Pouchuntersuchung an Montag - Sprechstunde sagte man solle am Dienstag vor dem CT kommen - man wüsste Bescheid und Frau de Sousa würde den Termin Pouchuntersuchung nach dem CT bekommen). Das Bein wird dicker und die Schmerzen nehmen weiter zu. Gehen fast nicht mehr möglich.

15.01. Fr.

Frau de Sousa bemüht das Internet, um festzustellen was die Schmerzen in ihrem Bein verursacht. Google stellt die Diagnose Lymphödem mittlerweile Stadium 2 - 3.

Um ca. 18:00 Uhr werden Dr. Langer Onkologie und Dr. Chung Urologie über die Diagnose Lymphödem informiert. Feedback von Dr. Langer per Email, man sollte sich zur Diagnose in die Notaufnahme des UKE einfinden, da jetzt Wochenende ist.

Um ca. 20:00 wurde ein Notfallarzt am Telefon konsultiert. Er bot an sich das Problem anzusehen, sagte jedoch bei Lymphödem könne er nicht helfen, da Lymphdrainagen erforderlich seien. Frau de Sousa setzte die laufende Hormonbehandlung ab, da als Nebenwirkung dieser Medikamente u.a. Thrombose aufgeführt wird. Die Ärzte Dr. Chun Urologie und Dr. Langer Onkologie wurden auf diesen Umstand per Mail hingewiesen, mit der Bitte sich dieses Problem anzunehmen, da die Hormonbehandlung nach Entnahme der Gebärmutter und Eierstöcke ein wichtiger Bestandteil der weiteren Behandlung sind.

16.01. Sa.

Schmerzen sehr stark und das Bein wurde noch dicker

17.01. So

Schmerzen extrem stark, Frau de Sousa konnte nachts nicht schlafen. Es wurde per Internet das Zentrum für Gefäßmedizin in Hamburg als Spezialist für Lymphödeme gefunden.

18.01. Mo

Es wurde morgens per Telefon ein Notfalltermin im Zentrum für Gefäßmedizin für den gleichen Tag ausgemacht. Dort wurde die Diagnose von Frau de Sousa bestätigt.

Man zeigte sich dort sehr verwundert, daß im UKE bei der Vorgeschichte von Frau de Sousa (Totaloperation mit der Entnahme von über 54 Lymphdrüsen) niemand auf die Idee gekommen ist, die Gefahr des Lymphödems präventiv zu behandeln. Es hätte mit diesen Begleiterscheinungen gerechnet werden müssen.

Es wurden sehr kurzfristig Termine für die erforderliche Lymphdrainage ab dem 20.01. vereinbart, da Frau de Sousa am 19.01 schon Termine für CT und Pouchuntersuchung im UKE hatte.

19.01 Di

12.11.2010

10:40 Uhr Meldung in der Urologie UKE, dort wurde Frau de Sousa gesagt der Termin Pouchuntersuchung kann heute nicht wahrgenommen werden, obwohl ihr am 14.01.10 gesagt wurde, dass man Bescheid wüsste und der Termin für Di angesetzt wird. Es muß neuer Termin vereinbart werden, Termin am 21.01 wurde vereinbart. Frau de Sousa fand sich um 11:05 in der Anmeldung CT ein. Dort fragte man Frau de Sousa, was bei ihr für ein CT gemacht werden sollte, Frau de Sousa bat doch bitte dies in der EDV nachzuprüfen. Weil es so lange dauerte, fragte Frau de Sousa mehrmals in der Anmeldung nach, ob alles in Ordnung sei. Die Aussage der Anmeldung war "Ja" und "Wir machen bei Ihnen eine Becken CT".

Nach weiteren 2 Stunden Wartezeit fragte Frau de Sousa nochmals nach und fragte, wo die Probleme seien. Da keine vernünftige Antwort kam, ging Frau de Sousa mit schmerzenden Beinen zu einer anderen Stelle der CT Anmeldung. Dort wurde ihr gesagt es wird keine Becken CT durchgeführt, sondern es muß eine CT Thorax-Abdom durchgeführt werden, die allerdings das Trinken eines Kontrastmittel bedarf das ca. 1 Stunde dauert, jetzt wäre es allerdings zu spät. Es wurde ein neuer Termin am Donnerstag den 21.01 um 10:00 für die CT ausgemacht. Zurück angekommen wollte man Sie vom Personal zu falschen Untersuchung - zum Becken-CT - abholen -obwohl dies nie für Frau de Sousa vorgesehen war.

Das 3-stündige Sitzen in der Ct Anmeldung wirkte sich fatal für das schmerzende Bein mit deb Lymphödemen aus, die Schmerzen nahmen zu.

20.01 Mi

Erste Lymphdrainage wurde unter Federführung des Zentrums für Gefäßmedizin durchgeführt.

21.01 Do

Das Bein von Frau de Sousa war am Morgen so stark angeschwollen, dass keine Bewegung mehr möglich war. Deshalb konnten Termine im UKE, für CT und Pouchuntersuchung, nicht wahrgenommen werden, so kurzfristig konnte kein Krankentransport für 10:00 organisiert werden. Neue Termine wurden vereinbart für CT am Di 10:00 26.01 und Pouchuntersuchung 28.01 8:30. Frau de Sousa wurde am Nachmittag zur Lymphdrainage transportiert.

22.01 Fr

Frau de Sousa nahm weiteren Termin Lymphdrainage war. Schmerzen wurden etwas weniger und die Schwellungen am Bein nahmen temporär ab, nahmen aber nach Abnehmen des Verbandes am Abend wieder zu.

23.01 und 24.01 Sa und So

Da am Wochenende keine Lymphdrainagetermin durch geführt werden, ist das Bein wieder angeschwollen und ein Bewegen zu Fuß war nicht mehr möglich. Frau de Sousa konnte das Bett nicht mehr verlassen und hatte starke Schmerzen.

Zu der Tatsache die am 18.01 von Frau de Sousa angezeigt wurde, Abbrechen der notwendigen Hormonbehandlung, hat es bis heute noch kein Feedback gegeben, hier scheint niemand zuständig zu sein.

25.01 Mo

Lymphdrainage

26.01 Di

Termin CT Untersuchung 10:00, Anmeldung Beginn 10:30, Ende 11:50, perfekter Ablauf.

Um ca. 17:30 rief Frau Dr. Feuerbach Onkologie an, Diagnose Thrombose, Frau de Sousa muß sofort ins UKE Notaufnahme, Lebensgefahr.

Frau de Sousa fuhr in das UKE, Ankunft ca. 18:10 - Notarzt verorgte Frau de Sousa mit Thrombosespritze, gab Kurzeinweisung zu Verhaltensregeln und Übergab Rezepte und Ersatzspritze für die Selbstversorgung. Notfalltermin am 27.01 im Zentrum für Gefäßmedizin um 7:30 ausgemacht, da Lymphdrainageterminen nun angeblich jetzt nicht mehr durchgeführt werden dürfen, Frau de Sousa benötigt 2te Meinung da das UKE nachweislich wohl kein Spezialist auf dem Gebiet der Gefäßmedizin ist.

27.01 Mi

Frau de Sousa wurde um 7:30 im Zentrum für Gefäßmedizin vorstellig. Die behandelnde Ärztin Frau Dr Heidom mußte auf Grundlage der Diagnose Thrombose vom UKE die Lymphdrainagen absetzen. Lymphdrainagen und Thrombosebehandlung dürfen nicht gleichzeitig durchgeführt werden. Einzig täglich wechselnde Verbände können jetzt Linderung für die Schmerzen im Bein bringen. Diese muß Frau de Sousa selbst durchführen. Es soll ein Stützstrumpf gegen die Thrombose angefertigt werden. Es werden am Nachmittag Maße für die Anfertigung des Stützstrumpfes genommen, Fertigstellung nächste Woche Mittwoch.

Am Nachmittag rief Herr Dr. Langer Onkologie UKE an, Frau de Sousa soll sofort in das UKE auf die Onkologie kommen. Dort angekommen hat Herr Langer und Herr Dr. Balabanov, beide Onkologie UKE, Frau de Sousa erläutert daß beim CT eine vergrößerte Lymphdrüse entdeckt wurde, die auf eine Vene drückt und von daher die Schmerzen verursacht durch Thrombose und Lymphödem kommen würden. Die Onkologen gehen von einer metastasierten Lymphdrüse aus und empfehlen eine OP oder Bestrahlung. Frau de Sousa ist jetzt sehr unsicher und fragt ob es eine Untersuchung geben würde die diese Diagnose mit Sicherheit bestätigen könnte. Diese Diagnose ist ein PET CT erläutern die Ärzte und diese können Sie durchführen. Frau de Sousa sagte unter Schock Sie möchte diese Sicherheit haben. Herr Dr. Balabanov gab Herrn Dr. Langer Anweisung sich um einen PET CT Notfalltermin zu kümmern. Herr Dr. Langer rief wegen einem Termin in der CT Abteilung an, diese vergab einen Termin für Frau de Sousa am 03.02.2010, eine Woche später. Herr Stolze rief gegen 17:10 bei Herrn Dr. Balabanov an und fragte warum der Termin so spät angesetzt wurde und wie lange bei einer Bestätigung der Diagnose der Vorlauf für die dann dringsten notwendige OP sein würde. Herr Dr. Balabanov erwiderte er könne bei dem Termin für das PET CT nichts machen und erläuterte warum dieses eine besondere Form des CT ist, es über Kasse nur im UKE zu machen ist, es nur eine Maschine gibt. Zur OP sagte Herr Dr. Balabanov dieses sei keine große Sache, es könnte außer von der

12.11.2010

Urologie Abteilung Dr.Chun auch von der normalen chirurgischen Abteilung durchgeführt werden, das ist "kein großes Ding" und sollte schnell gehen. Man würde Frau de Sousa dann an die entsprechende Abteilung überweisen, die Informationen austauschen und dann den OP Termin fixieren. Wie lange das nun aber wirklich dauern würde könne er nicht sagen, da er ja auch nicht operiert.

Herr Stolze und Frau de Sousa besprachen sich nach diesen Informationen. Beide waren sich einig, daß eine Verzögerung der notwendigen OP zur Sicherstellung der Diagnose u.U. zuviel Zeit in Anspruch nehmen könnte, da niemand sagen kann ob diese Zeitverzögerung ein erhöhtes Risiko für die weitere Ausbreitung des Krebses bedeuten könnte. Da die vergrößerte Lymphdrüse auf jeden Fall der mechanische Grund für die Venenverengung und damit auch die Beschwerden (Thrombose und Lymphödem) ist, entschied Frau de Sousa auf die PET CT zu verzichten um sofort die Vorbereitungen für die OP aufnehmen zu können. Herr Dr.Balabanov und Herr Dr.Langer waren um 17:45 nicht mehr zu erreichen, da beide das Haus schon verlassen hatten. Herrn Dr. Balabanov wurde die Entscheidung zur OP und gegen die PET CT auf die Mailbox gesprochen, Frau Dr. Feuerbach Onkologie UKE wurde noch telefonisch erreicht mit der Bitte Dr.Langer eine Nachricht über die Entscheidung von Frau de Sousa zukommen zu lassen und der weiteren Bitte sich bei Frau de Sousa zu melden.

28.01 Do

Termin für die Pouchuntersuchung

Frau de Sousa traf ein zum Termin Pouchuntersuchung. Es wurde festgestellt das die Infektion noch nicht abgeheilt ist. Die Pouchuntersuchung kann daher nicht durchgeführt werden. Es müssen jetzt wieder 4-5 Tage Antibiotika eingenommen werden.

Frau de Sousa wird am selben Morgen bei Herrn Dr.Langer Onkologie Eppendorf vorstellig. Herr Dr. Langer erläutert Frau de Sousa nun das der PET CT Termin unbedingt notwendig ist. Eine OP könnte wegen der Thrombose wohl nicht durchgeführt werden, ein schneller OP Termin könnte das wahrscheinlich sowieso nicht werden. Frau de Sousa ist nun sehr verwundert, da dieses sich etwas anders anhört als die Infos von Herrn Dr.Balabanov vom 27.01. Herr Dr.Langer merkte an, dass es nicht von Vorteil war sich wegen der Schmerzen im Bein an das Zentrum für Gefäßmedizin zu wenden und das er am 08.01 schon vorgeschlagen hatte präventiv Thromboosespritzen zu geben. Herr Dr.Langer merkte auf Nachfrage von Frau de Sousa zu dem späten PET CT Termin an, es könnte ja wohl nicht sein, dass Frau de Sousa verlangt einen schnelleren Termin zu bekommen, da müßte man ja andere Patienten nach hinten schieben und warten lassen. Weiterhin gab er zu Protokoll das Frau de Sousa sich in etwas reinsteigert, was nicht nötig ist. Herr Langer informierte Frau de Sousa weiterhin das Herr Balabanov Onkologie sich an Herrn Dr.Chun Urologie gewendet hat und dieser Frau de Sousa noch am 28.01 telefonisch kontaktieren wollte.

Frau de Sousa besuchte um ca. 17:15 Ihren neuen Hausarzt Dr.Walther zum ersten Mal. Dieser nahm eine Ultraschalluntersuchung vor und erläuterte vor dem Ultraschallgerät Herrn Stolze und Frau de Sousa wie man eine Thrombose erkennt. Er war begeistert von den Bildern, da diese wie aus dem Lehrbuch anzuschauen seien. Er war fassungslos das im UKE niemand diese Diagnose stellen konnte. Er erläuterte das die Entfernung eines Lymphknotens keine große Sache ist und zu den einfachen Eingriffen in der Chirurgie gehört. Nach der medizinischen Kurzeinweisung von Dr. Walther sind nun auch Frau de Sousa und Herr Stolze als gelernte Hochbauingenieure in der Lage verlässliche Diagnosen zu dem Thema Thrombose zu stellen.

Herr Stolze telefonierte um ca. 18:30 mit Herrn Dr.Chung. Herr Dr.Chun erklärte die Schwierigkeiten für einen schnellen Termin PET CT aufgrund des technischen und organisatorischen Aufwandes. Der Termin am Mittwoch sei extrem früh, dieses wurde auch vorher von dem Hausarzt Dr.Walther bestätigt.

Herr Dr. Chun erläuterte man bräuchte den Termin um festzustellen ob außer der einen erkannten Lymphmetastase noch andere Bereiche befallen sind. Wenn eine OP durchgeführt wird, sollten dann alle angegriffenen und gefährdeten Stellen entfernt werden. Er teilte mit das die Onkologen die Chemotherapie für gescheitert erklärt hätten. Er erläuterte Herrn Stolze die Statistik zu der Krebsdiagnose von Frau de Sousa (30% Leben bis zu 5 Jahren, die anderen 70% versterben früher), *Frau de Sousa würde so oder so an dem Krebs sterben, da dieses statistisch erwiesen sei. Es könnte auch nur eine Lebenswahrscheinlichkeit von einigen Monaten geben. Genaueres kann erst nach der PET CT gesagt werden.* Eine OP hätte bei Bestätigung der Worst Case Diagnose aus statistischer Sicht wohl dann keinen Sinn mehr und die Ärzte können dann nicht mehr helfen (Herr Stolze informierte Frau de Sousa nicht über diese Aussage). Auf die Nachfrage von Herrn Stolze wer zur Zeit eigentlich der verantwortliche behandelnde Arzt sei sagte Dr.Chun das sei die Onkologie UKE Balabanov/Lange. Herr Stolze fragte wer den jetzt zumindest für die Behandlung von Schmerzen in der Leistengegend, zusammenhängend mit der vergrößerten Lymphdrüse die auf eine Vene drückt, verantwortlich sei. Herr Dr.Chun zeigt sich verwundert das noch niemand sich gekümmert hat. Er sagte Herrn Stolze Frau de Sousa sollte zum Hausarzt gehen und das Stichwort WHO Schmerztablette sagen, wenn dieser Hausarzt einigermaßen fit sei würde er wissen was er zu verschreiben hat. Frau de Sousa und Herr Stolze gingen wieder zu dem Hausarzt Herrn Dr.Walther zurück und Frau de Sousa bekam ein Schmerzmittel verschrieben.

03.02 Mi

PET CT Termin - Es wurde nur PET durchgeführt (?). Begründung : da CT schon am 26.01 gemacht wurde. Herr Stolze informierte Herrn Dr.Balabanov, Onkologie UKE, und Herrn Dr. Dahlem, Urologie UKE und Vertreter von Herrn Dr.Chun der in Amerika war, über die Untersuchung und teilte mit das das Ergebnis anzuschauen, Herr Dr.Dahlem teilte per Email mit, dass aus seiner Sicht nichts zu veranlassen ist, er wäre alles zwischen Herrn Dr.Chun und Herrn Dr.Balabanov abgestimmt, Frau de Sousa ist über alles informiert und ein OP Termin wäre für den 04.02 vorgemerkt.

12.11.2010

Frau de Sousa wußte von nichts, weder von einer Abstimmung noch von einer OP.

04.02 Do

Herr Stolze rief Herrn Dr. Balabanov gegen 16:00 an und fragte nach der Auswertung und Diagnose des PET. Herr Dr. Balabanov sagte der Lymphknoten der auf die Vene drückt zeigt sich aktiv, ist jetzt 3,6 cm groß (bei der Auswertung CT am 27.01 2,2 cm) und zwei kleine aktive Punkte auf der anderen Seite im Beckenbereich von Frau de Sousa. Er versprach sich am Fr. den 05.02 mit Herrn Dr.Chun abzustimmen um das weitere Vorgehen zu besprechen.

05.02 Fr

Herr Dr.Chun meldete sich bei Frau de Sousa, erläuterte ihr kurz noch mal seine Diagnose, aktiver Lymphknoten ca. 2 cm und keine Aktivität auf der anderen Seite im Beckenbereich. Er erläuterte kurz den Eingriff / Operation zur Entfernung der Lymphmetastase, gab das Stichwort Rückkoppelung Gefäßchirurgie. Frau de Sousa bat Herrn Dr.Chun die details mit Herrn Stolze abzustimmen. Herr Dr.Chun versprach sich später wegen des OP termines zu melden. Herr Stolze rief Herrn Dr.Chun gegen 20:00 an und fragte nach dem OP Termin. Herr Dr.Chun sagte er konnte sich noch nicht kümmern, aber in der Woche vom 08.-12.02 würde das wohl nichts mehr werden. Herr Stolze wies Herrn Chung eindringlich auf die Tatsache hin das Frau de Sousa am 11.01 mit Ihrem Problem vorstellig wurde, bei normalem Ablauf (keine Fehldiagnose bezüglich Thrombose und keine Schlamereien bei der Durchführung eines CT Termines der 3 Wochen in Anspruch genommen hat) eine Dignose spätestens am 15.01 hätte gestellt werden können. Abgesehen davon das Frau de Sousa zwischen dem 11.01 und 27.01, also ganze 16 Tage in Lebensgefahr geschwebt hat, ist eine weitere Verzögerung nicht mehr akzeptabel. Herr Dr.Chung sagte Frau de Sousa hat eine sehr hohe Priorität, er versucht was er kann, eine Aussage könnte er erst am Di den 12.02 treffen. Er wies noch mal ausdrücklich auf die Tatsache hin das der Urologie bezüglich der fehlgeschlagenen und lebensgefährlichen Diagnostik zu lasten von Frau de Sousa keine Schuld trifft. Herr Stolze nahm dies zur Kenntniss.

07.02 So

Herr Stolze schrieb Dr.Chun eine Email - Stichworte Schaden und fahrlässig

08.02 Mo

Herr Dr.Chun rief Frau de Sousa um ca. 19:30 an - Einweisung am Dienstag 09.02, Operation am Mi 10.02 Operation kein kleiner Eingriff - Stichwort Gefässersatz wahrscheinlich notwendig (wegen Thrombose ?)

09.02 Di

Einweisung -Frau de Sousa erkundigte sich 2 mal ob berücksichtigt wurde das Sie Thrombosespritzen bekommt

10.02 Mi

OP muß verschoben werden, da vergessen wurde das Frau de Sousa Thrombosespritzen nimmt, die von Ihrer Dosierung vor der OP angepaßt werden müßen

11.02 Do

OP am Morgen

Die OP konnte nicht mehr erfolgreich durchgeführt werden.

Am 26.01 war die Zellwucherung ca. 2,2 cm groß (CT-Ergebnis), am 03.02 schon 3,6 bis 3,9 cm (PET Ergebnis), also ein extrem rasantes Wachstum.

Im jetzigen Stadium hatte die Metastase Venen und Arterien schon soweit angegriffen und war mit Ihnen verwachsen, daß ein

vollständiges Entfernen nur noch unter der Gefahr einer Beinamputation möglich gewesen wäre, sodaß man einen Teil des

kranken Gewebes im Körper von Frau de Sousa belassen hat.

Die Überlebensprognose liegt nach Aussage von Herrn Dr.Chun am Abend des 11.02 wahrscheinlich im Bereich von Monaten.

Als Sprecher des UKE hat Herr Dr.Chun ausgesagt, eine frühzeitige Diagnose und Behandlung hätte keinen Vorteil für die Lebensqualität und Überlebensdauer

von Frau de Sousa bedeutet, das UKE hätte alles erdenkliche für diese Patientin getan, es gab keine Unzulänglichkeiten und nun sei man in der Urologie nicht mehr

in der Lage zu helfen. Weiterhin wurde ausgeführt, unsere Kritik sei absolut ungerechtfertigt, vielmehr sei es unser psychologisches Problem die Fakten nicht zu akzeptieren. Es war der Wunsch von Herrn Dr.Chung diese Aussage unter Zeugen des UKE zu machen, sodaß er eine Krankenschwester der Gynäkologie bat bei diesem Gespräch anwesend zu sein.

12.02 Fr

Krankenhausaufenthalt

13.02 Sa

Krankenhausaufenthalt

14.02 So

Krankenhausaufenthalt

15.02 Mo

Krankenhausaufenthalt

16.02 Di

Implantation Port

Krankenhausaufenthalt

17.02 Mi

Krankenhausaufenthalt

12.11.2010

18.02 Do

Schlußvisite und Entlassung

Planung und offene Fragen, Mail an Dr.Eichelberg :

1. Der Termin für die Klammerentfernung am 25.02 ist heute gestrichen worden und kein Ersatztermin bekannt gegeben. Man hat uns telefonisch informiert. Sollen wir die Klammern dann einfach nicht entfernen ? Wird das Rezept für die Arixtra zugesendet oder sollen wir es abholen ?

2. Ihr Tumorboard hat die weitere Behandlung folgendermaßen geplant :

a. In 2 Wochen Erstgespräch Radiologie zur Planung weiterer Maßnahmen, Beginn von Maßnahmen dann sicher ca. 2 Wochen später.

Durchführen der Maßnahmen mit der Dauer von wahrscheinlich 2-8 Wochen. Hier ist dann so in ungefähr 2-3 Monaten ein Stand erreicht in dem man wahrscheinlich mal sehen kann wie es so weitergehen könnte.

b. Weiterbehandlung in der Onkologie.

Bei dieser recht großzügigen und langfristigen Planung gehe ich davon aus, daß Ihr Tumorboard keine akute Gefahr für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Frau de Sousa sieht. Dieses betrifft sowohl das akute Problem des Beines mit dem durch die Metastase angegriffenen Adersystem, wie auch die Gefahr einer weiteren Metastasierung. Dieses hätte ich gerne von jemanden aus dem UKE bestätigt der sich dafür zuständig fühlt. Wer ist das in diesem Falle ? Radiologen, Urologen oder Onkologen ?

3. Wann sind die OP Verletzungen soweit abgeheilt, daß man mit einer Weiterbehandlung beginnen könnte ?

4. Vor mittlerweile 2 Monaten war davon die Rede, daß man doch eigentlich auch noch mal den Pouch untersuchen müßte. Letzten Monat kam das Thema wieder auf.

Es gibt ja auch zur Zeit keine akuten Beschwerden. Da sich niemand dafür interessiert gehe ich davon aus, daß diese Untersuchung einfach nicht notwendig ist um Fehlentwicklungen oder sonstige möglichen Schwierigkeiten im Vorwege zu erkennen. Dieses hätte ich auch gerne noch einmal bestätigt.

5. Wie sieht der Untersuchungsintervall in der weiteren Nachbehandlung aus ? Welche Methoden werden dann angewendet ?
Welche Abteilung ist jetzt hierfür im UKE zuständig ?

12.11.2010

Gutachterlich ist es schwierig, zu den von Herrn Stolze monierten, aus seiner Sicht problematischen und unbefriedigenden organisatorischen Abläufen bei der Behandlung von Frau de Sousa Stellung zu nehmen, da Ursachen und Gründe für die Terminierungen und organisatorischen Abläufe aus den Arztberichten, Arztbriefen und Untersuchungsbefunden des UKE nicht hervorgehen. Dieses gilt auch insbesondere für Terminvergaben für Untersuchungen und Behandlungen (z.B. für CT-, PET-, Pouch-Untersuchung, OP-Planung) sowie Abstimmungen und die Zusammenarbeit der verschiedenen, bei der Behandlung von Frau de Sousa beteiligten / zuständigen Fachdisziplinen, mit ambulanten und stationären Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen.

Grundsätzlich sind die im UKE durchgeführten medizinisch-therapeutischen Maßnahmen per se aus medizinischer Sicht korrekt, fachgerecht und einwandfrei durchgeführt worden. Dieses scheint nach den Angaben von Herrn Stolze nicht für alle organisatorischen Ablaufplanungen zu gelten.

Auffällig erscheint auch dem Gutachter z.B. das relativ lange Intervall von ca. zwei Wochen zwischen dem Nachweis einer beginnenden venösen Flussverlangsamung (12.01.2010) bei der sonografischen Untersuchung der Vena iliaca links und dem bei zunehmendem symptomatischen Hinweis auf eine Thrombose durchgeführten CT am 26.01.2010, das die Thrombose der linken Vena iliaca externa als Folge der Kompression durch einen vergrößerten Lymphknoten dann bestätigte. Für eine metastasenverdächtige parailiakale Gewebsformation als Ursache für ein Lymphödem sprach auch die PET-Untersuchung die offensichtlich erst am 03.02.2010 durchgeführt wurde bzw. durchgeführt werden konnte (?).

Offensichtlich waren die Untersuchungskapazitäten für die PET-Untersuchung begrenzt und es kann gutachterlich nicht beurteilt werden, ob durch einen früheren (zweifelloos dringenden) Untersuchungstermin für Frau de Sousa ein ebenfalls dringender Untersuchungstermin für einen anderen Patienten

unzumutbar bzw. mit nicht vertretbaren Konsequenzen hätte verschoben werden müssen.

Somit sind nach der CT-Untersuchung vom 26.01.2010 wiederum mehr als zwei Wochen bis zur dekomprimierenden Lymphknotenentfernung am 11.02.2010 vergangen. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass es für die Terminierung der CT-Untersuchung und der Operation Gründe gegeben hat, wie z.B. unabänderliche organisatorische Faktoren, die Pouchprüfung oder eine notwendige Umstellung der Antikoagulantien-Therapie als Operationsvorbereitung.

Ob es letztlich erklärbare, nachvollziehbare und vertretbare medizinische oder organisatorische Gründe für die von Herrn Stolze monierte, verzögert erscheinende Planung, Terminierung und Durchführung der Untersuchungen und Operation nach dem 12.01.2010 gegeben hat, ist den Klinikakten nicht zu entnehmen, wäre jedoch von den behandelnden Ärzten der beteiligten Fachdisziplinen zu erfragen.

Dieses gilt insbesondere auch für Fragen, wann von welchem Arzt und mit welcher Dringlichkeit Termine für Untersuchungen (z.B. CT, PET) angemeldet wurden. Anmeldebögen zu Untersuchungen liegen den Akten nicht bei, wären aber in der Röntgenabteilung zu erfragen.

Aufgrund der Schilderung hat Herr Stolze offensichtlich die Behandlung von Frau de Sousa zeitnah und unmittelbar verfolgt.

In jeder Abteilung bzw. in jedem Krankenhausbereich, in dem Patienten behandelt und / oder untersucht werden, gibt es leitende Ärzte (Chefärzte), die für ihren Bereich zuständig und verantwortlich sind, inklusive der organisatorischen Abläufe.

Für den Gutachter ist nicht ersichtlich, ob Herr Stolze angesichts der schweren, von ihm erhobenen Vorwürfe versucht hat, seine Beschwerden dem jeweiligen Chefarzt / Klinik- /Abteilungsdirektor bzw. dessen Vertreter vorzutragen.

In derartigen Gesprächen hätten zeitnahe auch Unklarheiten bezüglich der Terminierung und Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen besprochen werden können.

Die Frage, ob die Prognose und die Beschwerden des tumorbedingten schicksalhaften Verlaufes der progressiven und hochmalignen, schweren Erkrankung von Frau de Sousa durch eine frühere CT-Untersuchung und / oder frühere Operation hätte verbessert werden können kann gutachterlich nicht geklärt werden.

Was der Hintergrund für die von Herrn Stolze gemachte Aussage ist, dass am 14.01.2010 „falsche Antibiotika verschrieben“ wurden, lässt sich aus den Akten nicht ersehen. Auch hierzu wären die behandelnden Ärzte zu befragen.

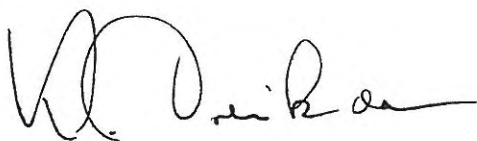
Dieses gilt ebenso für die Frage, warum Frau de Sousa, nachdem am 01.07.2009 die nuklearmedizinische Untersuchung der seitengetrenten Nierenfunktion durchgeführt worden war, erst am 20.08.2009 zur Steinsanierung in das Klinikum Wedel aufgenommen wurde. Hierzu kann Herr Dr. Rosengrün befragt werden.

Grundsätzlich hängt ein Aufnahmetermine in einem Krankenhaus einerseits von der Aufnahmekapazität ab und andererseits von der Dringlichkeit der Aufnahme, die vom einweisenden Arzt in Abhängigkeit von der medizinischen Situation in Abstimmung mit dem Patienten / der Patientin beurteilt wird. Akute, notfallmäßige Aufnahmen (z.B. bei starken Beschwerden oder drohenden / eingetretenen Komplikationen) sind in der Regel immer möglich, notfalls in einem anderen Krankenhaus.

Bei Betrachtung der Schilderung von Herrn Stolze hätten möglicherweise durch eine noch bessere bzw. intensivere Kommunikation mit ihm und den an der Behandlung von Frau de Sousa beteiligten Ärzten der verschiedenen Fachdisziplinen manche Missverständnisse zeitnahe ausgeräumt und die organisatorischen Terminierungen optimiert werden können.

Zweifellos hat auch Herr Stolte sehr darunter gelitten, wenn angesetzte Untersuchungstermine aus für ihn nicht nachvollziehbaren Gründen nicht realisiert oder verschoben wurden, und seine Enttäuschung und Kritik ist angesichts des Leidensweges, der düsteren Prognose und der fehlenden Heilungschancen der progredienten Tumorerkrankung von Frau de Sousa nachvollziehbar und verständlich. So sind seine Beanstandungen – wenn in einigen Punkten durchaus berechtigt erscheinend - wohl auch unter dem Bestreben zu sehen, für Frau de Sousa die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten. Hinzu kam die große, deprimierende Belastung, letztlich doch nicht ausreichend helfen zu können.

Der Ombudsmann des UKE hat in seinen schriftlichen Antworten vom 25.01., 03.02., 04.02. und 17.02.2010 auf die Mails / Briefe von Herrn Stolze zeitnahe, mitfühlend und ausgleichend reagiert, Frau de Sousa am 17.02. 2010 persönlich besucht und Herrn Stolze zweimal angerufen. Ob bzw. welche Veränderungen / Verbesserungen der Abläufe dadurch resultiert sind, ist den Akten nicht zu entnehmen. Herr Dr. Chun aus der Urologischen Klinik hat auf eine Mail von Frau de Sousa am 18.01.2010 ebenfalls prompt reagiert und mitgeteilt, dass sich die Urologische und Onkologische Klinik des UKE nach besten Kräften um Frau de Sousa kümmern würden. Dennoch haben die beteiligten Ärzte, Herr Stolze und der Ombudsmann des UKE den leidvollen, tragischen und schicksalhaften Verlauf der bereits bei der Diagnose weit fortgeschrittenen Krebserkrankung bei Frau de Sousa leider nicht aufhalten können.



Prof. Dr. med. Kurt Dreikorn
Ehem. Direktor der Urologischen Klinik
Klinikum Bremen-Mitte