



50

50 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen



50 Jahre Gutachterstelle
für Arzthaftungsfragen

3. BEITRAG:
GROBER BEHANDLUNGSFEHLER



50 Jahre Gutachterstelle



Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer wurde 1975 als bundesweit erste derartige Einrichtung unter dem Namen „Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtstreitigkeiten“ eingerichtet und feiert in diesem Jahr ihr 50-jähriges Bestehen. Aufgabe der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen ist es, „durch objektive Prüfung oder Begutachtung ärztlichen Handelns, Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und Ärzten die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern“. Dazu prüft die Gutachterstelle auf Antrag, ob im konkreten Fall ein Behandlungsfehler vorliegt, der kausal einen Gesundheitsschaden verursacht hat und will damit eine außergerichtliche Einigung zwischen Arzt und Patient fördern. Mit Unterstützung externer Gutachter erstellen unabhängige, entscheidungsbefugte Mitglieder der Gutachterstelle, (Ärzte und Juristen mit der Befähigung zum Richteramt) eine abschließende Stellungnahme (Votum). Den Einzelfall entscheidet die Gutachterstelle mit einem Arzt und einem Juristen.

Anlässlich des 50-jährigen Bestehens der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen werden neben anderen Aktivitäten anonymisierte Gutachtensfälle auf der Homepage der Gutachterstelle (www.gutachterstelle-bayern.de) jeweils zu einem besonderen juristischen Thema beispielhaft vorgestellt. Die 6 Beiträge erscheinen ab Januar 2025 zweimonatlich mit jeweils 5 bis 8 Fällen.

Ziel der Vorstellung der gutachtlichen Entscheidungen ist, die ärztlichen Kollegen zum Thema Behandlungsfehler und zu deren Vermeidung zu sensibilisieren.

Grober Behandlungsfehler



Ein grober Behandlungsfehler liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn der behandelnde Arzt so eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen hat, dass der Behandlungsfehler aus objektiver Sicht als nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem ordnungsgemäß arbeitenden Facharzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Maßgeblich ist eine Gesamtbetrachtung des Behandlungsgeschehens, wobei dem Grad der Gefährlichkeit des Behandlungsfehlers für Leib und Leben des Patienten bei der Bewertung als grob fehlerhaft wesentliche Bedeutung zukommt. Auch eine Aneinanderreihung mehrerer einfacher Behandlungsfehler kann dazu führen, dass die Behandlung in der Gesamtschau als grob fehlerhaft zu bewerten ist. Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird nach § 630 h Abs. 5 S. 1 BGB vermutet, dass der Behandlungsfehler für diesen Gesundheitsschaden ursächlich war. Diese Beweislastumkehr wird dadurch ausgeschlossen, dass der behandelnde Arzt nachweist, dass es an der Kausalität zwischen der Pflichtverletzung und dem Eintritt des Primärschadens fehlt beziehungsweise ein solcher Kausalzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist. Die Beweislastumkehr hat daher zur Folge, dass die Behandlungsseite beweisen muss, dass der ihr zur Last fallende grobe Behandlungsfehler für den gesundheitlichen Primärschaden des Patienten nicht auch nur mitursächlich geworden ist. Die Behandlungsseite wird, da ein komplexes multifaktorielles, individuell geprägtes körperliches Geschehen zur Beurteilung steht, diesen Beweis meist nicht führen können.

Fälle, in denen im Gutachterverfahren ein grober Behandlungsfehler angenommen wurde:

- a. Scherer/Aubele**
Operation am falschen Finger, Unterlassen eines Team-Time-Outs.
- b. Pratschke/Ramm**
Übersehen eines vorliegenden Kompartmentsyndroms über einen längeren Behandlungszeitraum hinweg trotz eindeutiger klinischer Zeichen.
- c. Hoffmann/Ramm**
Unterlassung einer histopathologischen Abklärung von Differentialdiagnosen eines Naevus coeruleus.
- d. Pratschke/Aubele**
Postnarkotische Enzephalopathie nach unbemerkter Hypoxie im Aufwachraum.
- e. Pratschke/Fischer**
Übersehene beidseitige Schulterluxation nach cerebralem Krampfanfall.
- f. Hoffmann/Ramm**
Neurologisches Defizit durch unterlassene Liquordrainage nach endovasculärer Therapie eines Aortenaneurysmas.
- g. Pratschke/Ramm**
Kahnbeinfraktur – Folgen der fehlenden Reaktion auf CT-Befund.
- h. Ketterl/Fischer**
Nicht-indizierter Eingriff nach nicht ausgeschöpfter konservativer Therapie.

Operation des falschen Fingers

Ketterl/Aubele

Sachverhalt

Der Antragsteller (AS) stellte sich bei der Antragsgegnerin (AG) aufgrund einer Verletzung am Ringfinger links ambulant vor. Die klinische und radiologische Untersuchung ergab einen dislozierten knöchernen Strecksehnen-Ausriss am Endglied von D 4 links. Zwei Tage später erfolgte die ambulante Operation, versehentlich erfolgte zunächst eine Hautinzision über dem Endglied von D2, dann der Wundverschluss mit Naht und Steristrips. Anschließend wurde eine Refixation der Strecksehne am betroffenen D 4 mit Naht und Kirschnerdraht-Transfixation (temporäre Arthrodese) durchgeführt.

Der weitere Verlauf war unauffällig.

Antragsbegehren

Der AS rügt die ärztliche Behandlung durch die AG: es sei der falsche Finger operiert worden.

Beweisaufnahme und Bewertung

Die Operation der falschen Seite oder – wie in diesem Fall des falschen Fingers – gehört zu den Fehlern, die schlechterdings bei ausreichender Sorgfalt nicht passieren dürfen. Das Team time out wurde definitiv nicht ordnungsgemäß durchgeführt. Es ist nicht dazu da, die Gabe von Antibiotika zu verifizieren, sondern eben Seiten- oder Lokalisationsverwechslungen auszuschließen. Von Seiten des Operateurs ist dabei zwingend das Operationsgebiet und die geplante Operation sowie mögliche Besonderheiten im operativen Procedere anzugeben.

Die Antragsgegnerin gibt selbst die Tatsache eines Behandlungsfehlers zu.

Es handelt sich hier unzweifelhaft um einen groben Behandlungsfehler, der einem ordnungsgemäß arbeitenden Facharzt und seinem Team schlechterdings nicht unterlaufen darf. Die Kausalität zum Primärschaden ergibt sich selbstredend.



Team time out richtig durchführen, Seitenmarkierung im Aufwachraum durch den Patienten und/oder Operateur durchführen. An der Hand Markierungspfeil auf den betroffenen Finger, die Seitenangabe ist nicht ausreichend.

Inkomplette Spaltung eines Kompartmentsyndroms am Unterschenkel

Pratschke/Ramm

Sachverhalt

Der Antragsteller (AS) hatte ein Jahr vor der beklagten Behandlung anlässlich eines Arbeitsunfalls ein Anpralltrauma am rechten Unterschenkel erlitten, in dessen Folge es zu einem Kompartmentsyndrom kam, das operativ behandelt wurde. Verblieben war eine Faszienlücke über der Peroneusloge, und eine geringgradige Fußheber und Fußsenkerschwäche und diskreter Sensibilitätsstörung.

Ein Jahr später trat eine abendliche Schwellung der Peronealmuskulatur auf, was die verbliebene Faszienlücke noch prominenter zur Darstellung brachte, worauf der Antragsgegner (AG) die Faszie über der Peroneusloge lateralseitig am rechten Unterschenkel durch eine Naht verschloss. Postoperative Schmerzen und die erhebliche Zunahme der vorbekannten Sensibilitätsstörung einen Tag später zwangen zu einer Wiedereröffnung der Naht und Deckung des Defekts mit Kunsthaut (Epigard). Trotzdem kam es zur Zunahme des Taubheitsgefühls und der Fußheberschwäche. Neurologisch imponierte der dokumentierte (!) Befund, mit einer komplett fehlenden Sensibilität zwischen der 1. und 2. Zehe rechts, was aktuell auf die Kompromittierung des Nervus peroneus profundus hinwies und eindeutig einem Kompartmentsyndrom der Tibialis anterior-Loge und nicht der Peroneusloge zuzuordnen war. Eine MRT sechs Tage später lässt vermuten, dass die Faszie über der Tibialis anterior-Loge auch nach den inzwischen erfolgten Wiederholungseingriffen unversehrt geblieben ist und damit die Ursache der fortbestehenden Schmerzen und der eingetretenen Fußheberschwäche durch den AG nicht behoben worden war. Für die betroffene Loge sprachen auch die in der MRT dokumentierten Nekrosen des Musculus tibialis anterior.

Weitere vier geplante Operationen erfolgten wegen einer Wundheilungsstörung innerhalb der nächsten zwölf Tage mit Verschluss der Inzisionswunde bei der vierten Operation. Die Faszie über der eigentlich betroffenen Loge wurde nicht gespalten und die

darunter beschriebenen Muskelnekrosen nicht ausgeräumt. Den nachgereichten OP-Berichten über die vier Eingriffe des AG lässt sich nicht entnehmen, dass eine der Situation angepasste Faszien-spaltung mit Nekrosenausräumung erfolgte. Nach dem letzten Eingriff wurde der AS auf Drängen der Berufsgenossenschaft in eine Spezialklinik verlegt.

Antragsbegehren

Der AS wirft dem AG vor, ihn fehlerhaft behandelt zu haben. Nach dem ursprünglichen Eingriff habe er sich insgesamt zehn weiteren Eingriffen unterziehen müssen. Er könne den rechten Fuß weder anheben noch drehen. Die Zehen seien unbeweglich. Er habe ein Taubheitsgefühl vom Knöchel abwärts und vor allem auch das Gefühl in der Fußsohle verloren.

Beweisaufnahme und Beurteilung

Für den externen Gutachter war die Indikation zum Verschluss der störenden und die Beschwerden auslösenden Faszienlücke über der Peroneusloge durch den AG gegeben. Die Indikationen zu den weiteren Eingriffen ergaben sich aus dem komplikativen Verlauf mit der Entwicklung eines erneuten Kompartmentsyndroms, insbesondere im Bereich der Tibialis anterior-Loge und der Ausbildung von Muskelnekrosen. Die vorliegenden Unterlagen lassen den Gutachter auf eine ausreichende und der jeweiligen Situation angepasste Aufklärung schließen. Bei den wiederholten Aufklärungen erfolgte eine Form der Daueraufklärung zur Fasziotomie am rechten Unterschenkel und anschließender Vakuum-Versiegelungs-Therapie.

Zur Durchführung der Operationen liegen dem Gutachter erst für eine ergänzende Stellungnahme die vollständigen Operationsberichte des AG vor. Für den Ersteingriff entsprach das Vorgehen

dem Facharztstandard. Zum Eingriff mit der Wiedereröffnung der tags zuvor verschlossenen Faszie schließt der Gutachter aus den Unterlagen, dass bei der erheblich eingeschränkten Dorsalextension des Fußes ein Kompartmentsyndrom der Tibialis-anterior-Loge vorgelegen hat, wofür vor allem auch der eindeutige Sensibilitätsverlust zwischen der 1. und 2. Zehe spricht. Für den Gutachter lag somit das Vollbild eines Kompartmentsyndroms im Bereich der Tibialisanterior-Loge vor. Die MRT sechs Tage später beweist, dass das Tibialisanterior-Kompartiment bei unversehrter, umgebender Faszie nicht wie erforderlich eröffnet wurde. Die im OP-Bericht zwei Tage nach der MRT erstmals beschriebene „Spaltung der Tibialisanterior-Loge“ war vom Ausmaß her nicht geeignet, den kompromittierten Muskel und den Nerv zu entlasten. Die weiteren Operationen erfolgten durch den AG zur Vorbereitung eines Sekundärverschlusses der Wunde über der Peroneusloge. Sämtliche bis dahin nach dem Ersteingriff durch den AG vorgenommenen Operationen erfolgten nicht korrekt, da sie das notwendige Ziel zur Beseitigung der ursächlichen Pathologie der Tibialisanterior-Nekrose verfehlten. Die eigentliche Pathologie wurde durch die Ärzte des AG nicht erkannt, was auch in der nachbehandelnden Klinik bestätigt wurde.

Bei der vorliegenden klinischen Symptomatik hätte sich bei fachgerechtem Vorgehen mit großer Wahrscheinlichkeit, so der Gutachter, die resultierende komplette Fußheberparese vermeiden lassen. Die klinischen Zeichen dafür waren eindeutig. Auf die zunehmende Fußheber und Fußsenkerschwäche wurde durch den AG innerhalb des gebotenen Zeitintervalls nicht reagiert und nicht gezielt therapiert. Auch nach der MRT erfolgte nicht die notwendige Umstellung der operativen Maßnahmen. Mit großer Wahrscheinlichkeit hätte sich auch die später auftretende Infektion mittels einer frühzeitig erfolgten Nekrosektomie vermeiden lassen. Möglicherweise hat ein vorbekanntes heterozygoten Faktor V-Leiden ursächlich zur Muskeleinblutung geführt und das Kompartmentsyndrom der Tibialisanterior-Loge ausgelöst. Hinweise für einen Hygienemangel ergeben sich aus den Behandlungsunterlagen nicht.

Der Gutachter geht davon aus, dass der Gesundheitsschaden des AS kausal auf das ärztliche Handeln des Antragsgegners zurückzuführen ist. Diese Schäden entsprechen dem Vollbild eines nicht behandelten Tibialisanterior-Kompartmentsyndroms. Dieses wurde vom AG nicht realisiert und über Wochen hinweg nicht adäquat therapiert.

Zusammenfassend stellt der Gutachter fest, dass das beim AS eindeutig vorliegende Kompartmentsyndrom der Tibialisanterior-Loge vom AG über den gesamten Zeitraum nicht erkannt wurde, obwohl eindeutige klinische Zeichen darauf hinwiesen und obwohl im gesamten komplikationsbehafteten Verlauf das Vollbild dieses Kompartmentsyndroms ausgeprägt war.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen kommt nach eigenem Studium der Patientenunterlagen und der nachvollziehbaren gutachterlichen Ausführungen zu der abschließenden Bewertung, dass bei der Behandlung des AS durch den AG gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln und gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen wurde und ärztliche Fehler vorgekommen sind, die aus objektiver Sicht schlechterdings unverständlich sind und deshalb einem ordnungsgemäß arbeitenden Facharzt nicht unterlaufen dürfen. Eine grob fehlerhafte Behandlung liegt somit vor. Damit käme es, selbst wenn man davon ausgehen wollte, dass der Antragsteller den Ursachenzusammenhang zwischen den vorgenannten Behandlungsfehlern des Antragsgegners und den von ihm geltend gemachten Gesundheitsschäden nicht bewiesen hätte, jedenfalls gemäß § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB auch zu einer Beweislastumkehr zu Lasten der Behandlungsseite hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität. Die Beweislastumkehr nach § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB hat zur Folge, dass die Behandlungsseite beweisen muss, dass der ihr zur Last fallende grobe Behandlungsfehler für den gesundheitlichen Primärschaden des AS nicht auch nur mitursächlich geworden ist. Nach Aktenlage besteht kein Anhaltspunkt dafür, dass dieser Beweis derzeit geführt ist oder zukünftig noch geführt werden kann.



Nach Anpralltraumen und Eingriffen an den Extremitäten (Trauma, Ischämien) immer an ein drohendes Kompartmentsyndrom denken und gegebenenfalls konsequent alle (!) Kompartimente spalten!



Unterlassene histopathologische Abklärung eines Naevus coeruleus

Hoffmann/Ramm

Sachverhalt

Die Antragstellerin (AS) stellte sich bei der Antragsgegnerin (AG) zum Hautkrebscreening vor. Es wurde ein Pigmentmal an rechten Nasenflügel dokumentiert und die Verdachtsdiagnose Naevus coeruleus und Basalzellpapilom gestellt.

Bei der drei Monate später erfolgten Kontrolle des Pigmentmals zeigte sich eine Größenzunahme. Eine Wiedervorstellung in 3 bis 4 Monaten wurde empfohlen.

Weitere zwei Monate später stellte sich die AS bei einer anderen Dermatologin zur Abklärung des Naevus am Nasenflügel vor. Als Befund wurde dort eine bläulich schwarze Macula am Nasenflügel rechts dokumentiert. In Lokalanästhesie wurde der atypischen Naevus sogleich exzidiert. Die histologische Untersuchung ergab eine atypische melanozytäre Läsion im Sinne eines blauen Naevus. Die externe konsiliarische Mitbeurteilung wies ein Lentigo-maligna-Melanom mit sekundär knotiger Umwandlung nach.

Auf Grund der histologischen Klassifizierung pT3a TD 2,1 mm des Lentigo maligna Melanoms erfolgten eine Nachresektion mit temporärer Defektdeckung sowie eine Sentinel-Lymphknotenentnahme. Mit einem Zweiteingriff wurde die Rekonstruktion des Nasenflügels vorgenommen. Im anschließenden dermatologischen Tumorboard erging, je nach BRAF-Ergebnis, die Empfehlung zu einer adjuvanten medikamentösen Therapie.

Antragsbegehren

Die AS rügt, dass die AG nicht sogleich auf die Vergrößerung sowie die Form- und Farbveränderung des Pigmentmals reagiert habe, sondern lediglich eine Kontrolle in drei Monaten empfohlen habe. Als Gesundheitsschaden führt die AS an, dass ein malign-

nes Melanom diagnostiziert worden sei, welches eine Resektion am Nasenflügel mit Defektdeckung und Lymphknotenentnahme, sowie sekundäre Rekonstruktion des Nasenflügels erfordert habe. Die AS leide nunmehr an einer sehr großen Nasenkorrektur, Schwellungen im Gesichtsbereich, Lymphknotenmetastasen und einer Fazialisparese.

Beweisaufnahme und Beurteilung

Die externe Gutachterin kommt zu dem Ergebnis, dass bei der Erstvorstellung der AS aufgrund der klinischen Beurteilung zutreffend die Diagnose eines Naevus coeruleus beziehungsweise eines Basalzellpapiloms gestellt wurde. Des Weiteren stellt die Gutachterin fest, dass für die Kontrolluntersuchung drei Monate später eindeutig eine Größenzunahme dokumentiert ist. Schon auf Grund dieser Größenzunahme wäre bei dieser Kontrolluntersuchung eine histopathologische Abklärung indiziert gewesen.

Die Gutachterin stellt im Übrigen auch fest, dass bei der initial gestellten klinischen Diagnose eines Naevus coeruleus die Differenzialdiagnose eines malignen Melanom bestand und daher bereits bei der Erstvorstellung nur bei klinisch eindeutigem Ausschluss eines malignen Prozesses auf eine histopathologische Klärung hätte verzichtet werden können.

Bezüglich des langfristigen Gesundheitsschadens der AS und der umfangreicheren operativen Behandlung sowie der Therapie der Metastasen kommt die Gutachterin zu dem Ergebnis, dass diese selbst bei rechtzeitiger Diagnose nicht sicher hätten vermieden werden können. Damit könnte die beweispflichtige AS nicht beweisen, dass der von ihr geltend gemachte Gesundheitsschaden durch den vorgenannten Behandlungsfehler der AG verursacht wurde.



Die Kommission kommt nach eigenem Studium der Behandlungsunterlagen und der gutachterlichen Ausführungen jedoch zu dem Ergebnis, dass die unterbliebene rechtzeitige histopathologische Abklärung in Anbetracht des Umstandes, dass eine verzögerte Diagnose und Behandlung des differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Melanoms für die AS ausgesprochen gefährlich war, einen groben ärztlichen Behandlungsfehler begründet.

Damit kommt es gemäß § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB zu einer Beweislastumkehr zu Lasten der Behandlungsseite hinsichtlich der

haftungsbegründenden Kausalität. Diese Beweislastumkehr hat zur Folge, dass nunmehr die AG beweisen muss, dass der ihr zur Last fallende grobe Behandlungsfehler für den gesundheitlichen Primärschaden der AS – insbesondere Nachresektion am Nasenflügel mit Defektdeckung und Lymphknotenentnahme, Rekonstruktion des Nasenflügels, Schwellungen im Gesichtsbereich, Lymphknotenmetastasen und Fazialisparese – nicht auch nur mitursächlich geworden ist. Nach Aktenlage ist nicht ersichtlich, dass dieser Beweis geführt ist oder noch geführt werden könnte.



Veränderungen der Haut, welche nicht eindeutig benigne sind, müssen einer histopathologischen Klärung unterzogen werden.

Postnarkotische Enzephalopathie nach unbemerkter Hypoxie im Aufwachraum

Pratschke/Aubele

Sachverhalt

Bei der 19-jährigen Antragstellerin (AS) lag eine Dysgnathie vor, als sie in der Klinik der Antragsgegnerin (AG) operiert wurde. Dabei wurde der Unterkiefer beidseits durchtrennt und zurückverlagert, wodurch ein geschlossener korrekter Biss ermöglicht werden sollte. Nach komplikationsloser Operation wurde die Antragstellerin 11 Minuten nach der Ausschleusung im Aufwachraum apnoisch mit einem Herzstillstand aufgefunden. Nach erfolgreicher Reanimation wurde weitere 11 Minuten später ein stabiler Spontankreislauf erreicht. Auf der Intensivstation kam es zu Streckesynergismen bei zunächst unklarem Befund im CCT. In der Folge kam es zu keiner Besserung der Vigilanz, worauf die AS zwei Tage nach dem Eingriff mit der Verdachtsdiagnose einer hypoxischen Hirnschädigung nach Reanimation in eine Klinik der Maximalversorgung verlegt wurde. Dort wurde die hypoxische Enzephalopathie nach postoperativer Hypoxie bestätigt.

Antragsbegehren

Von Antragstellerseite wird der AG vorgeworfen, unmittelbar postoperativ bei einem Herzstillstand nicht rechtzeitig reagiert zu haben, wodurch es zu einer hypoxischen Schädigung des Gehirns gekommen ist.

Beweisaufnahme und Beurteilung

Der Gutachter entnimmt den Unterlagen, dass es nach einem kieferchirurgischen Eingriff unmittelbar postoperativ bereits im Aufwachraum zu einer Reanimation und in deren Folge zu einer hypoxischischämischen Enzephalopathie gekommen ist. Die kieferchirurgische Operation erfolgte auf Wunsch der informierten Patientin und war indiziert. Die Aufklärung wird vom Gutachter als formal korrekt bewertet. Alternativen zum Narkoseverfahren bestanden aufgrund des speziellen chirurgischen Eingriffs nicht. Der Gutachter geht von einer korrekten und dem Standard

entsprechenden Aufklärung aus. Die Einleitung der Narkose erfolgte mit üblichen und korrekt dosierten intravenösen Medikamenten. Es wurden ein korrekt dimensionierter Trachealtubus eingesetzt, sowie eine perioperative Antibiotikaphylaxe und präventiv Glukokortikoide gegen eine postoperative Schleimhautschwellung verabreicht.

Der Gutachter kann den ihm vorliegenden Unterlagen keine Medikamenten bedingte Ursache für das desaströse postoperative Geschehen entnehmen. Auch die von ihm gewünschte und nicht erfolgte Hirnstrombasierte Messung der Narkosetiefe hätte am tragischen Ausgang nichts geändert. Sowohl die Gabe des Blutdrucksenkers Urapidil als auch das Fehlen der Hirnstrombasierten Messung der Narkosetiefe werden vom Gutachter als nicht fehlerhaft bewertet.

Auffällig und nicht nachvollziehbar für den Gutachter war die im Protokoll fehlende Dokumentation der Blutdruckwerte zwischen 09:35 Uhr und 10:05 Uhr, dem Zeitpunkt der Notfallalarmierung im Aufwachraum. Die Kommission schließt sich dem an und geht von einem Verstoß gegen die Dokumentationspflicht gemäß § 630f Abs. 2 BGB aus. Rechtsfolge dieses Verstoßes ist die gesetzliche – widerlegbare – Vermutung, dass in diesem Zeitraum medizinisch gebotene wesentliche Maßnahmen, die nicht dokumentiert wurden, nicht getroffen wurden (§ 630h Abs. 3 BGB).

Sehr ausführlich diskutiert der Gutachter die Begleitumstände, die im konkreten Streitgegenständlichen Fall eine kontinuierliche Überwachung und Dokumentation des Zustands der Patientin und der pulsoximetrischen Sauerstoffmessung im OP vor und nach der Extubation zwingend erfordert hätten. Dabei geht er auf die möglichen Risikofaktoren ein, die zum Atemstillstand, der Bradykardie und schließlich zum Herzstillstand geführt haben. Weil insoweit aus dem entscheidenden Zeitraum von 09:35 Uhr

bis 10:05 Uhr aber keine Aufzeichnungen vorliegen, muss vermutet werden, dass diesen Erfordernissen nicht genügt wurde. Schlüssig hiermit konnte trotz der berichteten Präsenz des verantwortlichen Arztes während der gesamten Zeit die verheerende Komplikation nicht verhindert werden. Werte aus dem Historienspeicher des Pulsoximetriegerätes zeigen einen schweren Sauerstoffmangel über mindestens 7 Minuten vor Auslösung des Reanimationsalarms, was darauf schließen lässt, dass von ärztlicher Seite auf die vorliegende lebensbedrohliche Situation nicht bzw. zu spät reagiert wurde.

Der Gutachter geht überzeugend davon aus, dass die Bradykardie und der Herzstillstand im Aufwachraum mit großer Wahrscheinlichkeit das Endstadium, eines über längere Zeit bestehenden schweren Sauerstoffmangels war und deshalb voraussehbar und bei rechtzeitiger Erkennung zu vermeiden gewesen wäre. Wegen der fehlenden Dokumentation im fraglichen Zeitraum zwischen 09:35 Uhr und 10:05 Uhr muss davon ausgegangen werden, dass die Notfallsituation nicht rechtzeitig erkannt wurde und die korrekte Reaktion zu spät erfolgte. Die erfolgte Reanimation im Aufwachraum entsprach dagegen dem fachlichen Standard.

Zusammenfassend kommt der Gutachter zu der Feststellung, dass eine fehlerhafte ärztliche Behandlung vorliegt:

Das Nichterkennen der akuten lebensbedrohlichen Risikosituation sollte einem Facharzt für Anästhesiologie schlechterdings nicht unterlaufen.

Die fehlende Dokumentation für den Zeitraum zwischen 09:35 Uhr und 10:05 Uhr führt zu der Vermutung, dass sowohl eine geeignete klinische Untersuchung am OP-Ende als auch eine geeignete apparative Überwachung im Aufwachraum gefehlt hat. Insoweit liegt eine grob fehlerhafte ärztliche Behandlung vor, die auch geeignet ist, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen. Daher wird nach § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB vermutet, dass der Behandlungsfehler für diesen Gesundheitsschaden ursächlich war. Es obläge der Behandlerseite, zu beweisen, dass der ihr zur Last fallende grobe Behandlungsfehler für den gesundheitlichen Primärschaden der AS nicht auch nur mitursächlich geworden ist, was in der Regel sehr schwierig ist, da ein komplexes multifaktorielles, individuell geprägtes körperliches Geschehen zur Beurteilung steht.

Dessen ungeachtet ist auch der Gutachter zu dem Ergebnis gekommen, dass die fehlerhafte ärztliche Behandlung kausal zur hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie der Antragstellerin geführt hat.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen kommt nach eigenem Studium der Patientenunterlagen und der überzeugenden gutachterlichen Ausführungen zu der abschließenden Auffassung, dass die grob fehlerhafte ärztliche Behandlung durch die Antragsgegnerin zu der schweren hypoxischen Hirnschädigung der Antragstellerin geführt hat.



Die Einleitung und die Ausleitung bedürfen als die kritischen Phasen der Allgemeinnarkose einer besonders intensiven Überwachung, ähnlich dem Start und der Landung in der Luftfahrt.



Nichterkannte Schulterluxation beidseits nach epileptischem Anfall

Pratschke/Fischer

Sachverhalt

Der Antragsteller (AS) erlitt einen zerebralen Krampfanfall und wurde bei der Antragsgegnerin (AG), einer internistisch geführten Einrichtung, stationär aufgenommen. Bei der Aufnahme bestanden auch Schmerzen mit Bewegungseinschränkungen in beiden Oberarmen. Aus dem Grunde wurden Röntgenaufnahmen von beiden Schultern veranlasst, die bei der AG als regelrecht bezüglich der anatomischen Stellung und ohne Hinweis auf Frakturen dokumentiert wurden.

Trotz weiterbestehender Beschwerden wurden keine weiteren Konsiliarärzte für Radiologie und/oder Unfallchirurgie zugezogen. Mehr als ein halbes Jahr später wurde eine dorsale Luxationsstellung in beiden Schultergelenken mit Impressionsfrakturen an beiden Humerusköpfen festgestellt. Eine Reposition der dorsal in Luxationsstellung verhakten Humerusköpfe war nicht mehr möglich. Bei dem Patienten ist eine dauerhafte Fehlstellung mit schwerer Funktionseinbuße beider Arme verblieben.

Antragsbegehren

Der AS rügt die Nichterkennung der Luxationsstellung auf den bei der AG angefertigten Röntgenaufnahmen und dass die AG trotz fortwährender starker Schmerzen keinen Radiologen oder Unfallchirurgen hinzugezogen hat. Der AS sei mit einer falschen Diagnose entlassen worden.

Beweisaufnahme und Beurteilung

Der Gutachter bestätigt, dass auf den Röntgenaufnahmen beider Schultergelenke, die bei der AG angefertigt wurden, die Luxationen beider Schultergelenke zu diagnostizieren waren. Die Nichterkennung des pathologischen Befundes beider Schultergelenke stellt einen Diagnosefehler dar. Außerdem war eine

klinische Untersuchung der oberen Extremitäten unterblieben. Die Behandlung bei der AG stand unter fachärztlicher internistischer Verantwortung. Nachdem die Beschwerden fortbestanden, wäre die AG verpflichtet gewesen, trotz der Fehldiagnose nach den Ursachen der fortbestehenden Beschwerden zu forschen. Die AG hätte einen Unfallchirurgen und einen Radiologen zur Beurteilung hinziehen müssen.

Der Gutachter bewertet die Behandlung bei der AG bezüglich der verhakten hinteren Schulterluxationen mit den Impressionsfrakturen am Humeruskopf beidseits nach Krampfanfall als nicht dem medizinischen Standard entsprechend. Es liegt somit ein Behandlungsfehler vor. Der weiterbehandelnde Arzt wurde zudem durch die Information aus der Klinik falsch unterrichtet. Dadurch wurde der einzig mögliche Zeitpunkt zu einer nicht operativen Reposition der Schultergelenke fehlerhaft versäumt. Die Folgen mit Bewegungseinschränkung an beiden Schultergelenken durch die später irreponiblen Luxationen nach Krampfanfall waren kausal auf das Übersehen der verhakten hinteren Schulterluxation beidseits durch die Fehlbeurteilung des Röntgenbefundes und auf die unterlassene klinische Untersuchung zurückzuführen. Der Gutachter kommt sowohl in seinem Gutachten als auch in einer ergänzenden Stellungnahme zu der Beurteilung, dass sowohl ein ärztlicher Diagnose- als auch ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegen, die zu dem entsprechenden Schaden geführt haben.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen schließt sich dem Urteil des Gutachters an, dass eine fehlerhafte ärztliche Behandlung durch die AG vorliegt. Sie führt ergänzend aus, dass es bei Krampfanfällen zu schweren Begleitverletzungen, wie u. a. Zungenbiss, Schulterluxationen, Hüftgelenkluxationen und Frakturen kommen kann. Diese Tatsache stellt medizinisches



Allgemeinwissen dar und hätte auch bei der internistischen AG zu entsprechenden Überlegungen bei den fortbestehenden Schulterbeschwerden führen müssen.

Da der weiterbehandelnde Arzt durch die Information aus der Klinik falsch unterrichtet wurde, wurde auch der einzig mögliche

Zeitpunkt zu einer nicht operativen Reposition der Schultergelenke fehlerhaft versäumt.

Die Gutachterkommission sieht daher im Behandlungsverlauf bezüglich Diagnose und Behandlung einen groben Fehler durch den Antragsgegner.



Nach Krampfanfällen an Begleitverletzungen denken!

Neurologisches Defizit durch unterlassene Liquordrainage nach endovasculärer Therapie eines Aortenaneurysmas

Hoffmann/Ramm

Sachverhalt

Bei der Antragstellerin (AS) war seit etwa zwei Jahren ein Aortenaneurysma bekannt. Die CT-Angiographie auf Grund thorakaler Symptomatik zeigte folgenden Befund: Ausgedehntes symptomatisches thorakoabdominales Aortenaneurysma mit arteriosklerotischen Veränderungen von Aorta und Beckenschlagadern.

Drei Wochen nach Diagnosestellung und Anforderung der Stentprothesen erfolgte beim Antragsgegner (AG) die erste Operation mit folgendem Vorgehen: Stent thorakaler Aneurysmabereich mit Überbrückung eines thorakalen penetrierenden Aortenulkus, überlappend ein Extra Design Stent unterhalb des Zwerchfells bis oberhalb des Truncus coeliacus, zusätzlich zwei Stents in die Aorta und die linke Nierenarterie.

Bei der nachfolgenden Kontrolle zeigte sich, dass der untere Stent und der Stent in der linken Nierenarterie disloziert waren. Im Wege einer notfallmäßigen Laparotomie wurden die dislozierten Stents entfernt und in die untere Aorta eine Prothese implantiert. Zusätzlich erfolgte die Embolektomie der Aa. Iliacae über die Leisten.

Bei postoperativer Durchblutungsstörung beider Beine wurde eine CT-Angiographie mit folgendem Befund durchgeführt: Langstreckige Thrombose links der Aa. iliaca communis, iliaca externa, femoralis communis und superficialis sowie beider Nierenarterien.

Bei der erneuten Revisions-Operation wurden über die linke Leiste die Aa. femoralis superficialis und communis thrombektomiert und anschließend ein femoro-femorale Crossover Bypass von rechts nach links angelegt.

Postoperativ entwickelte sich eine fortschreitende Durchblutungsstörung der Nierenarterien mit Anurie. Bei beidseitiger Niereninsuffizienz wurde mit der Dialyse begonnen.

Neben der Durchblutungsstörung der Nieren fiel eine fehlende Motorik beider Beine auf. Unter der Annahme einer spinalen Ischämie wurden einmalig 10 ml Liquor punktiert. Bei leichter Besserung von Beweglichkeit und Sensibilität des rechten Beins zeigte sich keine Veränderung des linken Beins. Die anschließende neurologische Behandlung führte in beiden Beinen zu keiner Besserung der neurologischen Symptomatik.

Antragsbegehren

Die AS wirft dem AG vor, das thorako-abdominale Aortenaneurysma nicht entsprechend gefäßchirurgischem Standard versorgt zu haben, insbesondere seien die zur Verwendung gekommenen Stents fehlerhaft ausgesucht gewesen. Dadurch sei zu einem beidseitigen Verlust der Nierenfunktion und einer Lähmung beider Beine gekommen.

Beweisaufnahme und Beurteilung

Der externe Gutachter stellt auf Grund der Behandlungsunterlagen fest, dass bei Vorliegen eines ausgedehnten, symptomatischen thorako-abdominalen Aortenaneurysma mit ausgeprägten arterio-sklerotischen Veränderungen der Aorta und der Beckenschlagadern die Entscheidung für eine endovaskuläre Operationstechnik richtig war. Nach radiologisch nachgewiesener Dislokation der Stents musste auf ein offenes Operationsverfahren umgestellt werden. Auch die Durchführung des offenen Eingriffs ist nicht zu beanstanden.

Die Durchblutungsstörung der linken Niere ist auf das Abrutschen des Stents zurückzuführen. Es ist, wenn auch in den Angiographiebildern nicht dokumentiert, als wahrscheinlich anzusehen, dass auch die Durchblutung der rechten Nierenarterie durch die Stentdislokation tangiert wurde. Des Weiteren sind der hohe Blutverlust und die über einen längeren Zeitraum bestehende hypotone Blutdrucksituation für eine Schädigung der Funktion beider Nieren mitverantwortlich. Der Verzicht auf die Revaskularisation der Nierenarterien ist, da aufgrund der langen Dauer der Minderdurchblutung der Nieren mit deren Erholung nicht zu rechnen war, nicht als fehlerhaft anzusehen.

Zusammenfassend kommen Gutachter und Kommission zu dem Ergebnis, dass die Entscheidung zur endovaskulären Versorgung der komplexen Aortenerkrankung, die intraoperative Entscheidung zur Konversion auf ein offenes Operationsverfahren, die Entscheidung auf eine Revaskularisation der Nierenarterien zu verzichten und die sekundär erfolgte Wiederherstellung der Durchblutung der Beckenarterien nicht zu beanstanden sind.

Eine Stentdislokation mit Mangeldurchblutung sowie Hypotonie und Druckerhöhung im Wirbelkanal sind verantwortlich für die neurologische Symptomatik in beiden Beinen. Die verfahrensgenständliche Operation barg schon generell eine erhebliche Gefahr behandlungsbedürftiger neurologischer Probleme wegen spinaler Minderdurchblutung in sich. Der komplikative Verlauf der Operation hat diese Gefahr noch massiv erhöht. Aufgrund der damit gegebenen Hochrisikokonstellation für eine spinale Minderdurchblutung mit konsekutiven neurologischen Ausfällen war eine engmaschige postoperative neurologische Überwachung, um gegebenenfalls umgehend therapeutisch intervenieren zu können, dringend geboten.

Dennoch wurde die AS, die, da neurologische Probleme in Folge einer Minderdurchblutung recht kurzfristig schwerwiegende Dauerschäden nach sich ziehen können, binnen einer Stunde nach dem Aufwachen neurologisch untersucht hätte sein müssen, erst 21 Stunden nach dem Aufwachen neurologisch untersucht. Eine Verzögerung um das Vielfache der vom Facharztstandard vorgeschriebenen Frist darf in Anbetracht des damit verbun-

denen gesundheitlichen Schadenspotentials für den Patienten einem ordnungsgemäß arbeitenden Facharzt schlichtweg nicht unterlaufen. Dem AG fällt damit ein grober Behandlungsfehler im Sinne von § 630 h Abs. 1 BGB zur Last.

Bezüglich der gebotenen Behandlung stellt der Gutachter fest, dass die Anlage einer Liquordrainage zur dauerhaften Druckentlastung des Rückenmarks die einzige erfolgversprechende therapeutische Maßnahme dargestellt hätte und spätestens mit Auftreten einer auffälligen Neurologie hätte durchgeführt werden müssen. Deren Unterbleiben ist aber, da nicht beweisbar ist, dass eine Liquordrainage zu einem nennenswerten Behandlungserfolg geführt hätte, nur eine mögliche Ursache der Lähmung beider Beine. Damit kann die beweispflichtige AS zunächst die Schadensursächlichkeit des Behandlungsfehlers, neurologische Untersuchung erst 21 Stunden nach dem Aufwachen mit entsprechender Verzögerung einer Liquordrainage, nicht beweisen. Der Beweis wäre nur geführt, wenn am Ursachenzusammenhang keine nennenswerten Zweifel bestünden. Die bloße Möglichkeit eines Ursachenzusammenhanges reicht nicht.

Allerdings fällt dem AG, wie dargelegt, ein grober Behandlungsfehler gemäß § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB zur Last. Die Beweislastumkehr nach § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB hat zur Folge, dass die Behandlungsseite (AG) beweisen muss, dass der ihr zur Last fallende grobe Behandlungsfehler für den gesundheitlichen Primärschaden der AS, insbesondere der Lähmung beider Beine, nicht auch nur mitursächlich geworden ist. Nach Aktenlage ist nicht ersichtlich, dass dieser Beweis geführt ist oder geführt werden könnte. Der Umstand, dass auch bei einer frühzeitigeren Diagnose der neurologischen Probleme der AS keine zuverlässig wirksame Therapie zur Verfügung gestanden hätte, reicht für den Gegenbeweis nicht aus. Dieser wäre nur geführt, wenn keine nennenswerten Zweifel daran bestünden, dass therapeutisch auch zu einem früheren Zeitpunkt keine relevante Besserung zu bewirken gewesen wäre.

Ein grober Behandlungsfehler ergäbe sich zudem auch, wie vom Sachverständigen dargelegt, daraus, dass entgegen der Empfehlung der Leitlinien keine Liquordrainage angelegt wurde.



Gewichtige behandlungs- und krankheitsimmanente Risiken müssen bei der postoperativen Überwachung zeitgerecht erkannt und behandelt werden.

Kahnbeinfraktur – Folgen der fehlenden Reaktion auf CT-Befund

Pratschke/Ramm

Sachverhalt

Die Antragstellerin (AS) war nach einem Fahrradsturz mit geschwollener rechten Hand zum Frakturausschluss in der Praxis des Antragsgegners (AG). Mit konventionellem Röntgen der rechten Hand konnte eine Fraktur weder nachgewiesen noch ausgeschlossen werden. Die AS wurde vom AG dezidiert zum Ausschluss einer Kahnbeinfraktur (Scaphoidfraktur) in die Radiologie zum CT überwiesen. Unter der primären Arbeitsdiagnose einer Kontusion wurde vom AG zunächst eine Handgelenksorthese verordnet. Die CT der rechten Hand in einer radiologischen Praxis zeigte eine nicht dislozierte frische Kahnbeinfraktur. Diesen Befund hat der Radiologe dem AG nachweislich einen Tag später zukommen lassen.

Drei Wochen später (nach den Weihnachtsfeiertagen) war die AS in der Praxis des AG, wo eine Heilmittelverordnung dokumentiert ist, nicht aber eine Information der AS über die veränderte Diagnose, welche einen Wechsel des therapeutischen Regimes erfordert hätte. Wegen fortbestehender Schmerzen war die AS zehn Wochen post Trauma wieder beim AG, der jetzt die AS mit der Fragestellung „Z. n. Scaphoidfraktur rechts, Pseudarthrose“ zur MRT überwies, die drei Tage später eine posttraumatische Pseudarthrose bestätigte. Fünf Monate nach dem Unfall erfolgte in einer Handchirurgie die operative Versorgung mittels Pseudarthrosenausräumung, einer Knochenersatzplastik vom Beckenkamm und Verschraubung des Kahnbeins.

Antragsbegehren

Die AS rügt, dass der AG auf die computertomografisch nachgewiesene Kahnbeinfraktur nicht adäquat reagiert habe, was zu einer falschen Therapie und letztendlich zur Pseudarthro-

senbildung des Kahnbeins geführt habe. Dadurch sei eine operative Intervention erforderlich geworden und ein langwieriger Heilungsverlauf entstanden.

Beweisaufnahme und Beurteilung

Der externe Gutachter entnimmt den ihm vorliegenden Behandlungsunterlagen, dass der AG auf Grund der von ihm durchgeführten Untersuchungen zur Arbeitsdiagnose einer Kontusion des rechten Handgelenkes gekommen ist. Zur Absicherung der Diagnose ordnete er eine Computertomografie mit der ausdrücklichen Fragestellung nach einer Scaphoidfraktur an. Insgesamt war das Vorgehen des AG, auch die Verordnung einer Handgelenksorthese, bis zu diesem Zeitpunkt korrekt.

Allerdings war die verordnete Orthese ungeeignet zur konservativen Behandlung einer Kahnbeinfraktur. Die mögliche konservative Behandlung einer nichtdislozierten Kahnbeinfraktur erfordert in aller Regel einen Unterarmcast unter Einschluss des Daumengrundgelenks. Der Cast ist über einen Zeitraum von acht Wochen zu tragen. Allerdings wird eine primäre gedeckte Verschraubung des Kahnbeins bevorzugt.

Zu rügen ist, dass der AG auf die CT hin keine Wiedervorstellung der AS veranlasst hat. Es obliegt weder dem Radiologen noch der AS aus der in der CT nachgewiesenen Kahnbeinfraktur die weiteren Behandlungsmaßnahmen abzuleiten. Der AG wäre in Kenntnis des einen Tag nach der Erstvorstellung erhobenen CT-Befundes verpflichtet gewesen, die AS zu kontaktieren und für eine dem Facharztstandard entsprechende Ruhigstellung der Fraktur zu sorgen. Die Kommission ist davon überzeugt, dass



der AG grob fehlerhaft den CT-Befund übersehen und deshalb nicht adäquat reagiert hat.

Durch die verzögerte Einleitung der Therapie wurde eine offene Verschraubung des Kahnbeins in Kombination mit einer Knochenersatzplastik aus dem knöchernen Becken der AS erforderlich. Dieser Eingriff erfordert einen größeren operativen Zugang und lässt ein weniger günstiges Behandlungsergebnis erwarten als bei einer primären gedeckten Verschraubung des Kahnbeins. Zudem muss bei Verwendung einer Knochenersatzplastik mit einer Verzögerung bis zur knöchernen Durchbauung der Fraktur sowie mit Unannehmlichkeiten im Bereich der Entnahmestelle am Beckenkamm gerechnet werden.

Insgesamt kommt der externe Gutachter zur Feststellung, dass die Behandlung durch den AG fehlerhaft war und zu den genannten Folgen geführt hat.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen kommt nach eigenem Studium der Patientenunterlagen und der nachvollziehbaren gutachterlichen Ausführungen zur ab-

schließenden Auffassung, dass dem Antragsgegner ein grober Behandlungsfehler unterlaufen ist. Ein ordnungsgemäß arbeitender Facharzt darf schlichtweg nicht übersehen, dass die von ihm selbst aus gutem Grund initiierte bildgebende Diagnostik eine Kahnbeinfraktur ergeben hatte.

Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass die AS den Ursachenzusammenhang zwischen dem von ihr geltend gemachten Gesundheitsschaden und dem vorgenannten Behandlungsfehler des AG nicht im haftungsrechtlichen Sinne bewiesen hätte, käme es ohnehin gemäß § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB zu einer Beweislastumkehr zu Lasten der Behandlungsseite hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität. Die Beweislastumkehr nach § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB hat zur Folge, dass der AG beweisen muss, dass der ihm zur Last fallende vorgenannte grobe Behandlungsfehler für den gesundheitlichen Primärschaden der AS, insbesondere Heilungsverzögerung und (mit schlechterer Prognose behaftete) offener Verschraubung des Kahnbeines nebst Entnahme von Knochenmaterial aus dem Beckenkamm, nicht auch nur mitursächlich geworden ist. Nach Aktenlage ist nicht ersichtlich, dass dieser Beweis geführt ist oder noch geführt werden kann.



Beim Zusammenwirken mehrerer Ärzte im Rahmen der horizontalen Arbeitsteilung bedarf es zum Schutze des Patienten zum einen einer Koordination, die den Austausch von Befunden sicherstellt und zum anderen muss gewährleistet sein, dass eingehende anderweitig erhobene Befunde zeitnah ärztlich zur Kenntnis genommen und medizinisch eingeordnet werden.

Unvollständige präoperative Diagnostik und Therapie, mangelnde Ausschöpfung der konservativen Maßnahmen sowie inadäquate Nachbehandlung

Ketterl/Fischer

Sachverhalt

Beim Antragsteller (AS) bestanden chronische Schmerzen am linken Kniegelenk bei degenerativen Veränderungen unter anderem mit Nachweis einer Rissbildung der Pars intermedia des Innenmeniskus. Durch den Antragsgegner (AG) erfolgten zweimalig Injektionen mit Hyaluronsäure, Lokalanästhetikum und Cortison. Zwei Monate später wurde die Indikation zur Arthroskopie wegen zunehmender Beschwerden gestellt, die schließlich sieben Wochen später durchgeführt wurde. Es erfolgte eine Innenmeniskusteilresektion, Beck'sche Bohrung am medialen Femurkondylus, eine Chondropick Arthroplastik, partielle Synovektomie und eine offene Arthrotomie mit Entfernung eines freien Gelenkskörpers.

Nach zunächst unauffälligem Verlauf zeigte sich drei Monate nach der Operation sonografisch eine Ergussbildung am linken Kniegelenk. Nach dessen Punktion verabreichte der AG eine intraartikuläre Injektion mit Ostenil, Lidocain und Triamcinolon. Diese Behandlung wurde 2 Wochen später wiederholt. Zusätzlich wurden einige Akupunkturen durchgeführt. Durch eine Hämatombildung nach Akupunktur war ein Steifigkeitsgefühl am linken Kniegelenk entstanden. Es erfolgte eine nochmalige Ergusspunktion mit nachfolgender Injektion der oben dargestellten Medikamentenkombination. Die mikrobiologische Untersuchung des Punktates ergab den Nachweis von *Staphylococcus capitis* und *epidermidis*. Es wurde versäumt, diesen Befund dem AS weiterzuleiten. Nachdem sich der AS 2 Wochen nach der Punktion aus eigenem Anlass telefonisch beim AG meldete, riet dieser dem AS, bei Beschwerdezunahme im Krankenhaus

vorstellig zu werden. Der AS stellte sich jedoch noch am gleichen Tag andernorts vor, woraufhin eine Antibiotikabehandlung eingeleitet und eine MRT-Kontrolle vereinbart wurde. Das MRT zeigte neben der bekannten Meniskus-Läsion Zeichen einer Synovialitis, so dass unter der Diagnose Low-Grade-Infekt eine operative Versorgung mit kompletter Synovektomie, Débridement und Gelenklavage durchgeführt wurde.

Antragsbegehren

Der AS beklagt, dass der AG bei der Verabreichung von Gelenksinjektionen die Hygienestandards nicht eingehalten habe. Auch sei er über das Risiko einer Infektion mit den damit verbundenen Komplikationen nur unzureichend aufgeklärt worden. Postoperativ habe der AG trotz der bestehenden außerordentlichen Schmerzen keine zeitgerechte und adäquate diagnostische Abklärung durchgeführt und bei Keimnachweis kein Antibiotikum verordnet. In der Folge habe er sich daher einer Notoperation unterziehen müssen und leide seither unter dauerhaften Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen.

Beweisaufnahme und Beurteilung

Der Gutachter stellte eine Abweichung von den Vorgaben der Leitlinien dahingehend fest, dass vor der Injektionsbehandlung als invasive Maßnahme die Ausschöpfung der medikamentösen und konservativen Therapie erforderlich gewesen wäre. Weiterhin hätte der AG die Indikationsstellung zur Operation begründen

müssen, zumal die Ausschöpfung der konservativen Maßnahmen und eine Analyse der Beinachsen zur möglichen Verursachung der Innenmeniskusdegeneration nicht erfolgt war.

Die Operation selbst wurde korrekt unter Einhaltung des chirurgischen Standards durchgeführt. Die zeitnah dokumentierten postoperativen Behandlungsmaßnahmen waren ausreichend und dem Befund angemessen.

Für den Gutachter war zudem die Tatsache, dass 3 Monate nach der Operation neben der Ergusspunktion eine Injektionsbehandlung mit einer Medikamentenkombination durchgeführt und in kurzen Abständen zweimal (zuletzt trotz Hämatom nach Akupunktur) wiederholt wurde, obwohl diese Behandlung vor der Operation keinen Erfolg gezeigt hatte, nicht nachvollziehbar. Eine entscheidende Abweichung vom Behandlungsstandard lag dahingehend vor, dass nach Bekanntwerden eines positiven bakteriologischen Befundes im Punktat der letzten Behandlung beim AG nicht unverzüglich diese Information und die daraus resultierende Konsequenz einer zeitnahen operativen Versorgung an den AS weitergegeben wurde.

Weiterhin erfolgte entgegen den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes keine Dokumentation zur Vermeidung einer

nosokomialen Infektion. Bei fehlender Dokumentation ist nach §§ 630f, 630h Abs. 3 BGB zu vermuten, dass diese Maßnahmen nicht durchgeführt wurden. Es ist daher ein Verstoß gegen das Infektionsschutzgesetz und damit ein Behandlungsfehler anzunehmen.

Es waren daher mehrere Abweichungen vom Behandlungsstandard festzustellen, die zur Annahme eines groben Behandlungsfehlers führten.

Trotz der Tatsache, dass bereits vor Beginn der Behandlung beim AG krankheitsbedingt degenerative Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenkes vorlagen, die sich auch bei optimaler Behandlung im weiteren Verlauf hätten fortschreitend zeigen können, ist durch das Auftreten einer Infektion im Rahmen von nicht zwingend indizierten invasiven Injektionsbehandlungen eine Verschlechterung der degenerativen Veränderungen in ihrer Ausprägung anzunehmen. Ohne die Infektion wäre der spätere Revisionseingriff und Behandlungsmaßnahmen im weiteren zeitnahen Verlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht erforderlich gewesen. Dem zeitlichen Verzug durch die fehlende Reaktion auf den positiven Keimnachweis muss zudem ein negativer Effekt zugeschrieben werden.



Die Einhaltung der Vorgaben in den Leitlinien bezüglich Diagnostik und abgestufter Behandlung ist unerlässlich. Vor operativen Maßnahmen sind konservative Therapieansätze auszuschöpfen. Bei positiven Keimnachweis ist eine unverzügliche adäquate Therapie gegebenenfalls mit operativer Revision durchzuführen.