

Fehlerhafte Behandlung nach Kataraktoperation

Postoperative Versäumnisse bei Anzeichen einer beginnenden Endophthalmitis – Folge 27 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

von **Herbert Weltrich und Wilfried Fitting***

In letzter Zeit musste sich die Gutachterkommission immer häufiger mit Behandlungsfehlervorwürfen zu Kataraktoperationen beschäftigen. Während in der Zeit von 1994 bis 1998 der Anteil dieser Operationen an den Begutachtungsverfahren in der Augenheilkunde noch bei einem Viertel lag, stieg er seitdem auf über ein Drittel an. Die Zahl der seit 1994 im Zusammenhang mit Kataraktoperationen festgestellten Behandlungsfehler beläuft sich auf 14 von insgesamt 98 auf diesem Teilgebiet der Augenheilkunde durchgeführten Begutachtungen. Das entspricht einer Behandlungsfehlerquote von 14,3 Prozent, die allerdings immer noch deutlich unter der Fehlerquote von rund 36 Prozent in allen von der Gutachterkommission seit 1994 abgeschlossenen Begutachtungsverfahren liegt.

Im nachfolgend geschilderten Fall wird ein gravierender, nicht untypischer Behandlungsvorgang dargestellt, der deutlich erkennen lässt, in welchem Umfang die Gutachterkommission beanstandet und wo sie sich mangels sicherer Feststellungen in der Beurteilung zurückhält.

Der Sachverhalt

Bei der seinerzeit 60 Jahre alten Patientin entwickelte sich im linken Auge eine Zentralvenenthrombose mit der Folge, dass das Auge nur noch die Sehschärfe „Finger zählen“ hatte.

Im Alter von nunmehr 65 Jahren suchte sie wegen eines grauen Stars auf beiden Augen die Praxis des beschuldigten Arztes auf. Dieser operierte den grauen Star des linken Auges ambulant am 24. September. Bei der Operation entstand ein Einriss der Hinterkapsel der Linse, was eine vordere Vitrektomie (Glaskörperausschneidung) erforderlich machte. Die Sehschärfe blieb schlecht. Weitere Komplikationen traten nicht auf.

Bereits am 26. Oktober operierte der Arzt das jetzt allein noch funktionstüchtige rechte Auge wieder ambulant. Erneut trat ein Kapselriß auf mit der Folge einer vorderen Vitrektomie. Bei der Kontrolle am folgenden Tag war die Sehschärfe auch hier auf „Finger zählen“ herabgesetzt. Im Auge zeigte sich der Befund einer Entzündung („Tyndall++“ und „Zellen+“). Der Augeninnendruck war 32 mm Hg (Quecksilbersäule, normal wäre bis 20 mm Hg). In der Krankenakte findet sich als Therapie der Eintrag „Dexa Kombi“. Offenbar wurde die Kombination von Dexamethason und Gentamycin als Tropfen und Salbe (Dexa-Gentamycin Augentropfen-Augensalbe Kombinationspackung) verordnet. Der Arzt bestellte die Patientin für den Nachmittag des 28. Oktober zur Kontrolle.

Da sich an diesem Tag das Sehen weiter verschlechtert hatte, konsultierte die Patientin einen anderen Augenarzt, der sie sofort in die nächste Universitätsaugenklinik einwies.

Stationäre Behandlung

In der Klinik wurde der Befund einer rechtsseitigen Endophthalmitis mit Hypopyon (Zellen in der vorderen Augenkammer), Zellen im Glaskörper und Infiltraten in der Netzhaut erhoben; außerdem bestand der Verdacht auf eine Netzhautablösung. Noch am 28. Oktober wurden notfallmäßig eine Vitrektomie durchgeführt und die Kunstlinse explantiert. Bei der Operation zeigte sich eine Oradialyse (Netzhautriss). Zur Tamponade wurde Silikonöl in das Auge gegeben. Nach der Operation lag die Netzhaut an. Mit einer korrigierenden Brille wurde einmal eine Sehschärfe von 0,4 erreicht. Im weiteren Verlauf ergab sich aber eine schlechte zentrale Sehschärfe. Am 2. März des folgenden Jahres wurde das Öl entfernt; eine neue Kunstlinse wurde implantiert. Die Sehschärfe stieg nicht an; sie betrug 0,05. In der Gefäßdarstellung der Netzhaut fand sich das Muster einer trockenen Makulopathie. Die Ärzte der Universitätsaugenklinik gingen von einem toxischen Schaden durch die Endophthalmitis als Grund für die mangelhafte Sehschärfe aus.

Gutachtliche Beurteilung

Bei der ambulanten Staroperation des linken Auges am 24. September konnte die Gutachterkommission keinen vorwerfbaren ärztlichen Behandlungsfehler feststellen. Die

* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Professor Dr. med. Wilfried Fitting war von 1987 bis 1996 Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission.

Kapselruptur, die etwa bei 3,1 Prozent solcher Operationen auftritt, gehört zu den typischen Komplikationen, die auch bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt nicht immer sicher vermeidbar sind. Wenn keine Anhaltspunkte für ein nicht ausreichend vorsichtiges ärztliches Vorgehen feststellbar sind, kann aus der Tatsache einer solchen Komplikation nicht auf ein ärztliches Fehlverhalten geschlossen werden.

Anders liegen die Umstände bei der Operation des allein noch funktionstüchtigen rechten Auges am 26. Oktober. Der Arzt, gewarnt durch den Verlauf der ersten Operation, hätte nach Auffassung der Gutachterkommission bei diesem Auge mit höchster Vorsicht verfahren müssen, um eine Kapselruptur zu vermeiden, oder die Operation einem erfahreneren Operateur überlassen sollen. Die Kommission hat es angesichts einer Häufigkeit von nur 3,1 Prozent als sehr ungewöhnlich bezeichnet, dass sich eine solche Komplikation an beiden Augen eines Patienten ereignet. Es spricht in diesem zweiten Fall sehr viel dafür, dass bei Wahrung größtmöglicher Sorgfalt ein erneuter Kapselriß hätte vermieden werden können. Die Gutachterkommission hat jedoch davon abgesehen, hierzu weitere Ermittlungen anzustellen, weil der entscheidende ärztliche Fehler in der Nachbehandlung liegt.

Fehlerhafte postoperative Behandlung

Nach Ansicht der Kommission ist kein Operateur vor der Komplikation einer Endophthalmitis sicher, deren Häufigkeit in der Literatur mit 0,13 Prozent angegeben ist. Die Endophthalmitis gehört zu den typischen, wenn auch sehr seltenen Komplikationen. Ihre Häufigkeit ist allerdings dann eindeutig erhöht, wenn – wie bei der Patientin – Glaskörperkomplikationen auftreten.

Aus den Krankenunterlagen ergeben sich keine Hinweise auf Fehler bei der Asepsis vor und während

der Operation. Für die Entstehung der Komplikation ist daher der Arzt nicht verantwortlich zu machen, wohl aber für die nachfolgenden Versäumnisse. Der im Krankenblatt am ersten postoperativen Tag aufgezeichnete Befund begründete bereits den Verdacht auf eine beginnende Endophthalmitis. In einem solchen Fall sind sofort eine hochdosierte systemische Behandlung mit Antibiotika und eine Vitrektomie indiziert. Der Arzt hätte umgehend die dafür erforderlichen Maßnahmen – hier stationäre Einweisung – veranlassen müssen. Dies hat er fehlerhaft unterlassen. Die Verabreichung nur von Augentropfen und -salbe sowie eine Kontrolle erst am nächsten Nachmittag waren eindeutig unzureichend.

Zum Gesundheitsschaden

Die Endophthalmitis konnte in der Universitätsaugenklinik beherrscht werden. Die Sehschärfe normalisierte sich jedoch nicht; sie lag zuletzt bei 0,05. Als Ursache ist in erster Linie ein toxischer Schaden infolge der Endophthalmitis anzunehmen. Die am 28. Oktober beschriebenen Infiltrate der Netzhaut sprechen für eine solche toxische Schädigung. Die trockene Makulopathie, die im Angiogramm zu sehen ist, muss nicht unbedingt zu einer Herabsetzung der Sehschärfe führen. Es besteht nach allem eine hohe Wahrscheinlichkeit für die Annahme, dass dies eine Folge der Endophthalmitis ist.

Ob bei einer etwa 24 Stunden früher eingeleiteten Behandlung dieser Komplikation ein besseres Ergebnis erzielt worden wäre, ist zwar nicht mit absoluter Sicherheit zu beurteilen, aber auch hierfür besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit.

Der Netzhautriß beruht nicht auf einem ärztlichen Behandlungsfehler; er kann als typische Komplikation bei Glaskörperzug im Rahmen der vorderen Vitrektomie, d. h. Glaskörperausschneidung auftreten und ist nicht Ursache des Sehschärfeverlustes.

Einwendungen des beschuldigten Arztes

Zu dem Behandlungsfehlervorwurf hat der Arzt im Wesentlichen wie folgt Stellung genommen:

- Die doppelseitige Kapselruptur zeige, dass „... die Augen der Patientin für eine Kapselruptur offensichtlich prädestiniert“ gewesen seien.
- Postoperativ hätten sich keine alarmierenden Anhaltspunkte für eine beginnende Endophthalmitis ergeben. Es hätten lediglich Anzeichen einer leichten bis mittleren Entzündung, nicht aber solche einer Infektion bestanden. Es sei daher nicht notwendig gewesen, die Patientin zur stationären Behandlung einzuweisen.
- Eine 24 Stunden früher beginnende stationäre Behandlung hätte „kein anderes Ergebnis erzielt“.
- Die Makulaschädigung sei eher auf ein zystoides Makulaödem als auf die Endophthalmitis zurückzuführen.

Abschließende Beurteilung

Der Meinung des beschuldigten Arztes über die Ursache der zweiten Kapselruptur hat die Gutachterkommission mit der Auffassung widersprochen, dass eine solche Ruptur immer die Folge einer mechanischen Verletzung der Kapsel und somit vom Operateur verursacht sei, unabhängig davon, ob die Ruptur vorwerfbar war oder nicht. Die Kommission hat im Übrigen diese Ruptur nicht als vorwerfbar gewertet.

Die bereits am ersten postoperativen Tag festgestellten leichten bis mittleren Entzündungszeichen, zumal sie das einzige noch sehtüchtige Auge betrafen, erforderten höchste Wachsamkeit. Dies umso mehr, weil durch die Kapselruptur das Risiko einer Endophthalmitis zunimmt. Das gehört zum Grundwissen eines augenärztlichen Operateurs. Daher war hier bei der Interpretation der Entzündungszeichen so lange von

einer infektiösen Endophthalmitis auszugehen, bis das Gegenteil bewiesen war.

Die Auffassung, eine frühere stationäre Behandlung hätte zu keinem besseren Ergebnis geführt, ist nicht begründet. Es ging hier nicht allein um eine Operation, sondern ganz wesentlich auch um die Feststellung oder um den sicheren Ausschluss einer infektiösen Endophthalmitis mit entsprechender gezielter antibiotischer Behandlung, die in der vom beschuldigten Arzt durchgeführten Form absolut unzureichend war. Die verordneten Augentropfen und Augensalbe erreichen das Augeninnere nicht in der bei einer Endophthalmitis gebotenen Konzentration. Die Zeit bis zur Entstehung irreparabler Schäden im Auge wird bei einer solchen Erkrankung in Stunden gemessen.

Die Ausführungen des Arztes zur Ursache der Makulaschädigung treffen ebenfalls nicht zu. Die Gutachterkommission betont, dass ein zystoides Makulaödem eine erste schwache Reaktion auf eine Endophthalmitis darstelle und insofern bereits als erstes Anzeichen eines toxischen Makulaschadens zu werten sei. Ein zystoides Makulaödem habe zwar auch bestanden. Bei einer so schweren Endophthalmitis mit der Notwendigkeit einer Vitrektomie und Ölfüllung des Auges sei aber davon auszugehen, dass eine weitere toxische Makulaschädigung erfolgt ist, die zudem durch die am 28. Oktober festgestellten Netzhautinfiltrate bestätigt wird.

Zusammenfassend kommt die Gutachterkommission zu dem Ergebnis, dass die postoperative Behandlung durch den beschuldigten

Augenarzt vorwerfbar fehlerhaft war. Die versäumte frühere Behandlung hätte mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem besseren Ergebnis geführt.

Erste Hilfe gegen Hunger.



Düsseldorfer Tafel e.V.
Stadtparkasse Düsseldorf,
Konto-Nr.: 15 076 847, BLZ: 300 501 10
www.duesseldorfer-tafel.de

NEUES BESTATTUNGSGESETZ

führt zu Änderungen in den Todesbescheinigungen. Die geänderten Formulare sind ab sofort zu beziehen. Gültig ab 1. Oktober 2003

TODESBESCHEINIGUNGEN

jetzt in vereinfachter Form bestehend aus:

- DIN A4 5-fach Satz
- Vertraulicher Teil
- Nichtvertraulicher Teil
- ausführliche Ausfüllanleitung
- Sammelumschlag
- C4 Versandumschlag in grün (für nichtvertraulichen Teil)
- C5 Umschlag in rot mit Fenster und Ausfüllausstanzung für Vertraulichen Teil

... zu beziehen über



Am Eggenkamp 37-39 · 48268 Greven

Telefon (0 25 71) 93 76-0 · Telefax (0 25 71) 93 76-50

ISDN (0 25 71) 93 76-45 · E-mail beckmann@wwf-medien.de