

ist zwar meist beweisend für den Infekt, der fehlende Nachweis schließt diesen aber nicht aus. Da Infekte schleichend verlaufen können, müssen gegebenenfalls weitere diagnostische Methoden angewandt werden: Leukozytenszintigraphie, Kernspintomographie, mehrfache Kontrolle der serologischen Entzündungsparameter.

Zwischen einem Gelenkreizzustand (frühes Auftreten, normale Körpertemperatur, normale oder nur gering erhöhte BSG und CRP, Leukozyten im Punktat unter 25.000) und einem beginnendem Infekt (progrediente Symptome, meist ansteigende Körpertemperaturen, BSG und CRP ansteigend, Leukozyten im Punktat über 35.000, Nachtschmerzen) kann oft nur durch sorgfältige und dichte Kontrollen unterschieden werden. Erhärtet sich der Verdacht, sollte Einweisung erfolgen. Bei der klinischen Therapie des Kniegelenkinfektes ist dem „state of the art“ zu folgen.

Weitere Behandlungsfehlermöglichkeiten in der Nachsorgephase: Fehlende Reaktion auf Nachblutungen (Gefäßverletzungen sind möglich), Belassen von Redondrainagen über mehr als 2 Tage, fehlende Wundpflege und -kontrolle besonders in den ersten Tagen, fehlende Information für den Patienten über notwendige Kontrollen, Übersehen von Thrombosen und Kompartmentsyndromen.

Beim geringsten Verdacht auf das Eintreten einer Thrombose ist entsprechend den Empfehlungen mehrerer Fachgesellschaften vorzugehen, denn auch beim Fehlen typischer Zeichen einer Thrombose kann diese schon vorliegen.

Eine sorgfältige ärztliche Dokumentation ist auch in der Nachsorgephase zwingend, nicht zuletzt um bei Regressen nicht einer Beweisumkehr zu unterliegen. Zur Dokumentation sollten gehören:

- Bewegungsausmaß
- Schwellungszustand
- Wundbeschreibung falls nicht normal
- Punktionen mit Menge und Beschaffenheit des Punktates
- Ausmaß der Schmerzen nach Angabe der Patienten und der Analgesie

- Laborkontrollen
- Physiotherapie

Auch wenn der nachsorgende Arzt nicht der Operateur ist, bleibt er mitverantwortlich für das Behandlungsergebnis. Problematisch ist ohne Zweifel die Beurteilung des Ausmaßes der notwendigen Physiotherapie in den Zeiten der „Budget-Zwangsjacke“ und der nachlassenden Bereitschaft der RVO-Kostenträger, die Leihgebühren für Motor-

schienen zu tragen. Hierzu ließ sich am Ende der Veranstaltung nicht mehr als der Satz formulieren: Der Arzt bleibt für das notwendige Maß an Nachbehandlung für jeden Einzelfall verantwortlich.

Die Referate stehen im Internet unter www.aekno.de, Rubrik Arzt-Info, Qualitätssicherung, Institut für Qualität, Fortbildungsveranstaltungen, Dokumentation von IQN-Veranstaltungen.

KNIEGELENKARTHROSKOPIE

Exemplarische Falldarstellung

Prä-, peri- und postoperative Versäumnisse – Folge 35 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

*von Herbert Weltrich und Wilfried Fitting**

Die Kniegelenkarthroskopie ist die bei weitem häufigste Arthroskopie. Eine Statistik für die Jahre 1995 und 1996 ging von je 550.000 Arthroskopien in Deutschland aus, darunter betrafen 92 Prozent das Kniegelenk und 4,1 Prozent das Schultergelenk (*siehe auch Beitrag auf Seite 20*). Die Gutachterkommission erhält jährlich durchschnittlich etwa 20 Anträge auf Feststellung einer fehlerhaften Kniegelenkoperation. In über 25 Prozent der Fälle sind die Anträge begründet und führen in der Regel zu entsprechenden Ersatzleistungen der Haftpflichtversicherungen.

Der nachfolgend geschilderte Fall enthält beispielhaft typische Behandlungsfehler.

Der Sachverhalt

Der 30-jährige Patient (selbständiger Installateurmeister) verdrehte

bei der Arbeit (Griff zum Werkzeug) das rechte Kniegelenk, das sofort anschwellte. Er suchte am folgenden Tag (22. Januar) den beschuldigten niedergelassenen Facharzt für Orthopädie auf. In den Krankenunterlagen ist folgender Befund vermerkt: „Barfuß aufrechter Stand, Beinachse gerade, Hocksitz schmerzfrei, die Beweglichkeit ist frei, keine endgradigen Schmerzen, Bandapparat stabil, ein Erguß, Steinmann-Z. I. u. II innen negativ, außen negativ, Lachmann-Test negativ, Schublade nicht möglich, keine patellaren Klopf- und Verschiebeschmerzen, Zohlen-Z. negativ, kein tastbares oder hörbares retropatellares Reiben, Haut überwärmt“.

Als Therapie ist eine Punktion des rechten Kniegelenkes angegeben, jedoch kein Ergebnis festgehalten. Nach einem Sonogramm ist vermerkt: „intraartikuläre Volumenzu-

* 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.

nahme“. Unter Diagnose ist eingetragen: „Femoropatellare Symptomatik bei massiver Flüssigkeitsbildung rechtes Knie“ und „akute Arthritis rechtes Knie“. Veranlasst wurden eine Röntgenaufnahme der Thoraxorgane und eine serologische Untersuchung. Diese ergab eine BSG von 5/15 mm/n.W. und 10,1 Td Leukozyten/nl. In den Unterlagen findet sich eine am 26. Januar unterschriebene Einwilligungserklärung für eine Anästhesie am 27. Januar. Eine gesonderte ausdrückliche Erklärung für die an diesem Tag durchgeführte Arthroskopie fehlt.

Der Operationsbericht vom 27. Januar beschreibt formularmäßig nur allgemein, wie bei einem solchen Eingriff üblicherweise vorgegangen wird. Das tatsächliche Vorgehen im konkreten Fall und die erhobenen Befunde sind nicht beschrieben. Es finden sich lediglich die Stichworte: „Innenmeniskushinterhornriß, Synovialitis, arthroskopische Synovektomie, Innenmeniskusglättung, Probeentnahme rechtes Knie“. Das Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung ist wie folgt angegeben: „Mikroskopisch handelt es sich um eine ausgeprägte chronische Synovialitis. Das entzündliche Infiltrat besteht überwiegend aus Lymphozyten, vereinzelt eosinophile Granulozyten und Plasmazellen.“

Ambulante Behandlung

Die nachfolgende ambulante Behandlung vollzog sich wie folgt: 29. Januar: OP-Narbe reizlos. Punktion von 30 ml Flüssigkeit, die nicht beschrieben ist.

30.01: Erneute Punktion, 70 ml Blut. 31.01: Erneute 70 ml-Punktion. 03.02.: Rivanol-Salbenverband. 05.02.: Phlebographie, die unauffällig war, und Punktion 50 ml serös-blutig. 06.02.: Verordnung von Efortil-Tropfen. 12.02.: AHP 200 Tabletten verordnet. 16.02.: Punktion 60 ml blutig, Anlage eines Varolast-Zinkleimverbandes III.

Letzte Eintragung 18.02.: Weiterhin Reizung, mäßige Ergußbildung,

im Vergleich zur letzten Behandlung wesentliche Besserung, Zinkleimverbandwechsel.

Nach einer späteren Verlaufsangabe des Patienten sollen zeitweilig Schmerzmittel und am 16. Februar Cortison in das Knie injiziert worden sein.

Stationäre Behandlung

Nach Überweisung in ein Krankenhaus wird dort am 24. Februar ein „infiziertes extraartikuläres Hämatom eröffnet und drainiert“. Das Röntgenbild zeigt zu diesem Zeitpunkt massive, für einen länger andauernden Infekt typische Veränderungen. Ursache: Ein Staphylococcus aureus.

Am 06. März wird arthroskopisch das Knieinnere operiert. Ergebnis der histologischen Untersuchung: „Vorliegen einer floriden fibrinös-eitrigen und granulierenden Entzündung im Bereich des Gelenkkapselgewebes mit Beteiligung des angelagerten Knorpelgewebes bei fraglicher diskreter Besiedlung durch gram-positive Kokken“.

Die arthroskopische Infektbehandlung wurde am 18. März wiederholt und wegen der fortschreitenden Gelenkzerstörung bereits eine Versteifung erwogen, die dann später nach einem weiteren arthroskopischen Sanierungsversuch durchgeführt wurde.

Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission beanstandete die Behandlung durch den beschuldigten Orthopäden in mehrfacher Hinsicht.

Schon die Aufklärung über die Operation am 27. Januar war unzulänglich. Der beabsichtigte Eingriff wurde nicht erläutert. Die Komplikationsmöglichkeiten fanden keine Erörterung. Auch der Operationsbericht war mangelhaft, weil weder das operative Vorgehen noch die vorgefundenen Befunde dokumentiert wurden.

Zu beanstanden war weiter, dass der Kniegelenkerguss nicht näher

untersucht wurde. Die Serologie hätte erweitert werden müssen, um eine entzündlich rheumatische Komponente auszuschließen.

Als fehlerhaft stellte die Gutachterkommission insgesamt fest, dass ein konservativer Behandlungsversuch mit entsprechenden Medikamenten und einer angemessenen Physiotherapie unterlassen wurde. Die Röntgenaufnahme hätte auch den Kniescheibengleitweg darstellen müssen.

Die ohne differentialdiagnostische Überlegungen unkritisch und vorschnell vorgenommene Arthroskopie war nach alledem zu diesem Zeitpunkt nicht indiziert.

Die postoperative Behandlung war ebenfalls fehlerhaft; der eingetretene Infekt hätte bei sorgfältigerer Betreuung früher erkannt und therapiert werden können. Der nach dem Eingriff fortbestehende unklare Schwellungszustand wurde nicht ausreichend kontrolliert und behandelt. Der bei der stationären Aufnahme festgestellte Zustand des kaum noch beweglichen Kniegelenkes und die Röntgenaufnahmen lassen diesen Schluss zu.

Falls am 16. Februar tatsächlich Cortison injiziert worden sein sollte, was die Kommission nicht klären konnte, wäre dies ein weiterer Fehler gewesen, weil bei auch nur geringstem Verdacht auf Vorliegen eines Gelenkinfektes eine solche Injektion kontraindiziert ist.

Die Gutachterkommission stellt abschließend fest, dass auch bei lege artis durchgeführten Arthroskopien, Gelenkpunktionen und Injektionen eine Infektion immer ein eingriffsimmanentes Risiko darstellt. Bei fehlender Indikation haftet der Arzt jedoch für alle Folgen des Eingriffs und zwar unabhängig davon, ob er fehlerfrei vorgegangen ist und inwieweit die Verkennerung der eingetretenen Infektion mit wesentlicher Verzögerung der Diagnose und Behandlung zu der Kniegelenkzerstörung, der Notwendigkeit der Gelenkversteifung und damit zur Teilinvalidität geführt hat.