

# Behandlungskomplikationen durch Injektionen

Behandlungskomplikationen durch Injektionen nur mit Corticoiden oder mit einer Medikamentenmischung, die Corticoide enthält, sind seit vielen Jahren durch Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern zu beurteilen.

von Christian Holland und Lothar Jaeger

Die Kenntnis, dass bei intraartikulären Injektionen mit Corticoiden eine erhöhte Infektionsgefahr besteht, führte schon 1978 zu einer warnenden Mitteilung (*Rheinisches Ärzteblatt* 11/1978, ergänzt in *Rheinisches Ärzteblatt* 8/1979) der nordrheinischen Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler, der entnommen wird:

Die Ärzteschaft ist davon in Kenntnis zu setzen, dass künftig solche Injektionen als Behandlungsfehler anerkannt werden müssten, die nicht streng indiziert waren und nicht unter aseptischen Bedingungen durchgeführt wurden.

Aus gleichem Grund, nämlich um die Infektionsrate nach intraartikulären Injektionen zu senken, entstand (nachdem dies 1983 ein Hauptthema auf einem Orthopädenkongress war) eine der ersten Leitlinien (Intraartikuläre Punktionen und Injektionen), die seither in wachsender Zusammenarbeit (DGOOC, BVOU, Arbeitskreis für Krankenhaushygiene) erweitert und präzisiert wurde. Auch wenn der prozentuale Anteil von septischen Komplikationen nach Injektionen mit Corticoiden, gemessen an der Häufigkeit der jeden Tag durchgeführten Injektionen, sehr gering ist (Angaben von 1:20.000 bis 1:35.000), so sind mitunter die eingetretenen Komplikationen schwerwiegend und in Einzelfällen tödlich verlaufend. Im Folgenden sei ein solcher Fall beschrieben, aus dem sich mehrere Fragestellungen ergeben.

## Sachverhalt

Eine 74 Jahre alte Frau, die seit neun Jahren in der belasteten neurochirurgischen Praxis behandelt wurde, stellte sich

2008 vor mit Klagen über Schmerzen im Rücken mit Ausstrahlungen an der Rückseite der Beine ohne Gefühlsstörungen im Stehen und Liegen, verbunden mit Krämpfen in den Füßen. Sie nahm Diclofenac. Von einem 1999 angefertigten CT der LWS waren ausgeprägte Wirbelgelenkveränderungen bekannt. Einverständniserklärungen lagen vor für Facettenblockaden, Facettendeneravierung und Sacralblockaden. In allen drei Erklärungen sind als mögliche Behandlungskomplikationen auch Infektionen genannt.

Es erfolgten innerhalb von vier Tagen drei sacrale Blockaden. Fünf Wochen später wurden wegen ähnlicher Beschwerden innerhalb von neun Tagen vier Blockaden L3-S1 bds durchgeführt, einmal erfolgte dabei zusätzlich eine Injektion ins Kreuzdarmbein.

Ein zu Beginn der zweiten Injektionsserie an den Hausarzt ergehender Brief nennt als Diagnosen ein „Chronisches LWS-Schmerzsyndrom bei Facettenarthrosen, Spinalkanalstenose L4/L5, Protr.“. Es wird ein unauffälliger neurologischer Befund erwähnt, einziger dokumentierter klinischer Befund war eine steile fixierte LWS. Als weitere Behandlung war eine Thermosonde zur Denervierung vorgesehen.

Zwei Tage nach der letzten Injektion wurde eine stationäre Behandlung erforderlich wegen Abszedierungen im Wirbelkanal, in der rechtsseitigen Lendenstreckmuskulatur und im rechtsseitigen Psoasmuskel. Drei Operationen wurden erforderlich, das Infektionsgeschehen konnte beherrscht werden, eine Paraparese beider Beine besserte sich während des Anschlussheilverfahrens.

Die Injektionen erfolgten mit einer Mischung aus 5 ml Scandicain 1%ig plus 20 mg Triamcinolon für jeweils drei Facettengelenke und die Sacralblockade mit 10 ml Scandicain 0,5%ig plus 10 ml NaCl plus 20 mg Triamcinolon. Die belasteten Ärzte gaben an, die Injektionen jeweils nach vorgeschriebener Desinfektion mit sterilen Handschuhen vorgenommen zu haben.

Ihrer Stellungnahme und einer ergänzend eingeholten Auskunft ließ sich nicht entnehmen, ob bei einer doppelseitigen

Facettengelenkbehandlung jeweils 20 mg Triamcinolon, also insgesamt jeweils 40 mg insgesamt in einer Sitzung verwandt wurden. Ob ein Kanülenwechsel erfolgte, wurde nicht präzisiert. Den Unterlagen war weiterhin nicht zu entnehmen, welche sonstigen Behandlungen vorangehend erfolgt waren.

## Gutachtliche Würdigung

In der Beurteilung ging die Gutachterkommission davon aus, dass die Infektion durch eine oder mehrere Injektionen während der letzten Serie entstand. Erreger war ein *Staphylococcus aureus*. Die Kommission führte aus, dass sich auch bei Beachtung aller Kautelen eines aseptischen Vorgehens Infektionen nie vollständig vermeiden lassen, und dass sich dieses Risiko, über das aufgeklärt worden sei, hier verwirklicht habe. Den belasteten Ärzten musste aber vorgehalten werden, die Gefahr einer Infektion durch Applikation von Corticosteroiden in zu kurzen Abständen an jeweils gleichen Orten gefördert zu haben.

Die Antragstellerin hatte in diesem Fall die Aufklärung nicht beanstandet. Die belasteten Ärzte hatten folgenden Text unterschreiben lassen: Zur Behandlung wird eine lokale Betäubung in die Wirbelgelenke gespritzt. Komplikationen sind Unverträglichkeiten, kurzfristiges Lähmungsgefühl in den Extremitäten, Infektion, Bluterguss. Die gleichzeitige Injektion eines Corticosteroids ist nicht genannt. In der Stellungnahme wurden die Injektionen als Facettengelenkblockaden bezeichnet.

## Resümee

Fälle wie der hier geschilderte mögen im Vergleich zur Gesamtzahl täglich erfolgreicher ähnlicher Behandlungen sehr selten sein, aber es werden (auch im Fallmaterial der Gutachterkommissionen) noch weitaus ungünstigere Verläufe beobachtet bis hin zu Todesfällen durch septische Komplikationen. Es ist zu fragen, ob nicht (dies auch aufgrund zahlreicher Publikationen) für die Injektionen in Nähe der

Wirbelsäule in der Indikationsstellung engere Grenzen zu ziehen sind, ob die Hinweise zur lokalen Anwendung von Corticosteroiden nicht strenger zu beachten sind und ob an das Vorgehen bezüglich der Asepsis bei entsprechenden Injektionen nicht generell die gleichen Anforderungen gestellt werden sollten wie bei Operationen. Zu fragen ist auch, wie in einem solchen Fall wirklich davon ausgegangen werden kann, dass die Injektion in das Wirbelgelenk erfolgte, worüber ja aufgeklärt wurde.

### Ergänzende rechtliche Hinweise

Den Ärzten wurde ein Behandlungsfehler vorgehalten, weil sie die Gefahr für eine Infektion durch Applikation von Corticosteroiden in zu kurzen Abständen an jeweils gleichen Orten gefördert hatten.

Für die Patientin bedeutet dies jedoch nicht, dass sie gegen die fehlerhaft handelnden Ärzte einen Schadensersatzanspruch durchsetzen kann, denn auch wenn ein Behandlungsfehler feststeht, obliegt dem Patienten der Nachweis, dass der Behandlungsfehler zu einem Gesundheitsschaden geführt hat. Insoweit greift eine Beweislastumkehr nur dann ein, wenn der Behandlungsfehler grob war. Das ist der Fall, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der objektiv nicht mehr

verständlich ist, weil ein solcher Fehler dem behandelnden Arzt „schlechterdings“ nicht unterlaufen darf (BGH NJW 1995, 778; 1996, 2428; Laum/Smentkowski: *Ärztliche Behandlungsfehler – Statut der Gutachterkommission, Kurzkomentar, 2. Auflage, S. 88*). Davon kann hier nicht die Rede sein, so dass es bei der allgemeinen Beweislastregel bleibt.

Die Patientin kann den Beweis, dass es bei einer weniger raschen Folge von Injektionen nicht zu einer Sepsis gekommen wäre, jedoch nicht führen, so dass eine Haftung der Ärzte ausscheidet.

In einem solchen Fall kann der Patient auch nicht geltend machen, es bestehe eine prozentual zu beziffernde Wahrscheinlichkeit, dass der Behandlungsfehler für den Schaden ursächlich gewesen sei. Zwar wird in der juristischen Literatur verstärkt diskutiert, die Kausalitätsprobleme bei der Arzthaftung durch eine Proportionalhaftung zu lösen, die bei einfachen Behandlungsfehlern eingreifen soll und sich auf den wahrscheinlichen Verursachungsanteil beschränkt. Bei Einführung einer Proportionalhaftung würde aber der unbefriedigende Rechtszustand fortauern, der insbesondere in Bezug auf grobe Behandlungsfehler zu einer umfangreichen Kasuistik geführt hat. Die Anwendung einer Proportionalhaftung würde der Patientin zwar helfen und ihr einen Schadensersatzanspruch geben, der dem wahrscheinlichen Verursachungsanteil der Ärzte entspricht. Aber nach der

geltenden Rechtslage ist eine solche anteilige Entschädigung nicht durchsetzbar.

### Schadenersatz wegen unzureichender Aufklärung

Dabei hätte die Patientin eher einen Schadenersatzanspruch gegen die Ärzte, wenn sie sich auf einen Aufklärungsmangel berufen hätte. Zwar wurde sie über ein Infektionsrisiko aufgeklärt, aber diese Aufklärung war unzureichend. Ein Patient, der vor Beginn der Behandlung erfährt, dass es zu einer Infektion kommen kann, realisiert nicht, dass diese zu einer Sepsis, zu einer Querschnittslähmung oder gar zum Tod führen kann. Der Hinweis auf eine Infektion ist derart banal, dass diese Aufklärung nicht ausreicht.

Möglicherweise könnte auch eine unzureichende Dokumentation des medizinischen Vorgehens der Ärzte der Patientin Beweiserleichterung verschaffen. Dann aber müsste verlangt werden, dass bezüglich Desinfektion, Kanülenwechsel, injizierter Menge der Corticosteroide ganz genau dokumentiert werden müsste; eine Forderung, die so nicht gestellt wird.

**Professor Dr. Christian Holland** ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht a. D.

**Lothar Jaeger** ist Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.



Mit **ÄRZTE OHNE GRENZEN** helfen Sie Menschen in Not. Schnell, unkompliziert und in rund 60 Ländern weltweit. Unsere Teams arbeiten oft in Konfliktgebieten – selbst unter schwierigsten Bedingungen. Ein Einsatz, der sich lohnt: [www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten)

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

- Informationen zur Mitarbeit im Projekt
- Allgemeine Informationen über **ÄRZTE OHNE GRENZEN**
- Informationen zu Spendenmöglichkeiten

Name .....

Anschrift .....

E-Mail .....

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin

**Spendenkonto 97 0 97  
Bank für Sozialwirtschaft  
BLZ 370 205 00**



11104989