

# Behandlungsfehler bei einer Katzenbissverletzung

Bissverletzungen von Katzen mit ihren langen, spitzen Zähnen erscheinen oft wesentlich harmloser, als sie in Wirklichkeit sind. Aus diesem Grund werden sie insbesondere von jungen, in der Ausbildung befindlichen Ärzten leicht unterschätzt. Eine Desinfektion allein reicht nicht, notwendig ist die komplette Revision.

von Ulrich Gras, Karl Joseph Schäfer und Beate Weber

Vorwürfe über die fehlerhafte ärztliche Behandlung von Bissverletzungen, vor allem an den Händen, werden immer wieder an die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein zur Beurteilung herangetragen. In den Abschlussjahren 2009 bis 2014 wurde die Behandlung einer Menschenbiss- sowie von sieben Hundebiss- und vier Katzenbissverletzungen begutachtet und in zwei Dritteln der Fälle Behandlungsfehler festgestellt. Es fehlte dabei an einer ausführlichen Befundbeschreibung, an einer operativen Freilegung mit Feststellen des Ausmaßes der Verletzung, an einer Ruhigstellung, einer am Erregerspektrum für Bissverletzungen ausgerichteten Antibiotikaphrophylaxe, einer Tetanus(auffrisch)-Impfung und Wiedereinbestellung zur Wundkontrolle. Beispielhaft ist der nachfolgend geschilderte Fall.

## Sachverhalt

Ausweislich des Notaufnahmeberichtes des beschuldigten Krankenhauses stellte sich die 50-jährige Patientin am Sonntag, den 3. März gegen 17:10 Uhr zur Notfallbehandlung vor, nachdem sie eine Stunde zuvor in einer Tierarztpraxis von ihrer Katze gebissen worden war. Sie gab an, der Biss sei sehr tief gewesen, habe aber kaum geblutet.

Als Befund wurde notiert: „Daumen-/Katzenbiss am Endglied des Daumens, freie Beweglichkeit, pDMS ungestört. Diagnose: Katzenbiss am rechten Daumen.

Verrichtung: Desinfizierung, Tetanusauffrischimpfung, Kontrolle am 05. März vom Hausarzt.“

Bereits am 4. März wurde die Patientin nach Einweisung durch ihren Hausarzt im beschuldigten Krankenhaus wieder vorgestellt. Jetzt wurde festgestellt: „Heute zunehmend Rötung, Schwellung, Schmerzen. Kein Fieber. Lymphangitis pos./Lymphadenitis neg. Röntgen Daumen rechts in 2 Ebenen: Fremdkörper neg., Knochen unauffällig. Diagnose: Fingerphlegmone Pollex, cave Flexorsehnenparanarthritis. Therapie: (Wund-) Revision, stationäre Aufnahme, Antibiotika iv.“

Nach sofortiger Aufnahme wurde die Patientin über eine dringlich erforderliche Wundrevision aufgeklärt, die am gleichen Tag von einem Oberarzt der Abteilung durchgeführt wurde.

In dem OP-Bericht heißt es: „Die Patientin war am Vortag von der eigenen Katze in den rechten Daumen gebissen worden. Jetzt Schmerzen, lt. Angaben in der gesamten Hand. Es besteht der Eindruck, als ob ein punctum maximum über der Beugesehne des Daumens ist, daher Entschluss zur sofortigen Revision. Es findet sich eine kleine Hautläsion, etwas ulnar von der Mitte der Fingerbeere sowie an der Radialseite der Fingerbeere. Etwas weiter proximal eine oberflächliche Wunde mit winziger Eiteransammlung.“

Nach Exzision der Bisswunden führte der Operateur auch eine Revision der Beugesehne nach Spaltung des Beugesehnenfaches durch: „Die Beugesehne stellte sich trocken dar, die Sehne war glänzend und vital.“ Abschließend wurde eine gründliche Spülung durchgeführt und eine Silikonrinne unter Gewährleistung eines ausreichenden Abflusses eingelegt. Die exziierte Verletzung wurde offen gelassen und ein Abstrich entnommen. Anschließend erfolgte eine Ruhigstellung in einer Unterarmschiene. Gleichzeitig wurde mit einem parenteralen Antibiotikatherapie mit einem Cefalosporin der zweiten Generation 3x täglich begonnen. Der Abstrich ergab den Erreger *Pasteurella multocida* mit einer Sensibilität auf Cefuroxim.

Nach Besserung am 5. März zeigte sich am 6. März eine erneute Verschlechterung mit Zunahme der Beschwerden bei phlegmonöser Schwellung interdigital zwischen erstem und zweitem Finger der rechten Hand. Noch am selben Tag wurde eine weitere Revision durch den Chefarzt und den vorherigen Operateur durchgeführt.

Im OP-Bericht wurden auch jetzt die Beugesehnenanteile als makroskopisch unauffällig beschrieben. Der Schnitt wurde nahe der Interdigitalfalte in Richtung „Lebenslinie“ erweitert und nach proximal verfolgt. Es wurden mehrere Abstriche entnommen, jedoch konnte nach Auswertung kein Keimwachstum mehr nachgewiesen werden. Auch bei diesem Eingriff wurde mit Ringerlösung gespült, wiederum eine Drainage eingelegt und eine lockere Adaptation mit Einzelknopfnähten durchgeführt.

Nach leichter Besserung am 7. März verschlechterten sich die Wundverhältnisse am 8. März erneut, sodass eine weitere operative Revision für notwendig erachtet wurde. Wegen der weiterhin zunehmenden Schwellung wurde jetzt eine S-förmige Inzision am Handgelenk über dem Bereich der Sehne des *Musculus flexor carpi radialis* auslaufend angelegt. Die Hohlhandfaszie wurde präpariert und durchtrennt. Das *Retinaculum flexorum* wurde ebenfalls über einer Rinnensonde gespalten. Das Gewebe des Carpal tunnels wurde als erheblich ödematös verquollen geschildert. Aus der Beugesehnen Scheide entleerte sich trübes Sekret. Auch jetzt wurden Abstriche entnommen. Es wurden zwei Spülkatheter in den Bereich der Beugesehnen scheiden eingelegt und durch eine gesonderte Inzision 7 cm proximal der Handgelenkbeugefalte ausgeleitet. Nach ausgiebiger Spülung mit Lavaseptlösung wurde die Haut mit Situationsnähten adaptiert. Es wurden erneut Handgelenk und Daumen auf einer Unterarmschiene ruhiggestellt.

Die Abstriche am 8. März ergaben nach Anreicherung *Staphylococcus epidermidis*, im normalen Grampräparat jedoch keinen Erreger. Die Antibiose wurde ent-

sprechend dem Antibiogramm auf Ampicillin umgestellt.

Nach kurzfristiger Besserung verschlechterte sich der Befund erneut, sodass eine weitere operative Revision am 11. März erforderlich wurde. Im Vergleich zur Vor-OP fand sich jetzt eine erhebliche Zunahme der Schwellung des Nervus medianus, außerdem eine deutliche Enge proximal durch die noch stehende Unterarmfaszie. Nochmals wurde der Schnitt nach proximal erweitert und die Unterarmfaszie bis zu der Ausleitungsstelle der Spülkatheter weiter gespalten. Eine Eitersekretion fand sich nicht, jedoch eine schmierige Sekretion aus dem Bereich der Daumenbeere und Nagelfalzregion. Die Abstriche ergaben kein Keimwachstum. Antibiotisch wurden ab dem 11. März zusätzlich zu Ampicillin noch 240 mg Gentamicin intravenös gegeben.

Die Patientin wurde am 12. März in eine Handchirurgie verlegt. Dort wurden ein weiteres Debridement, eine Synovektomie, eine Neurolyse des Nervus medianus und Nervus ulnaris sowie wenige Tage später eine Hämatomausräumung mit Sekundärnaht erforderlich. Schlussendlich konnte eine Abheilung mit noch deutlicher Bewegungseinschränkung und mit inkomplettem Faustschluss durch Narbenkontraktur erreicht werden.

### Gutachtliche Beurteilung

Im vorliegenden Fall wurde die Bissverletzung von dem in der Notaufnahme tätigen Arzt fehlerhaft eingeschätzt und nur desinfiziert. Es ist allerdings in Übereinstim-

In einem kürzlich entschiedenen Verfahren wurde eine punktförmige Hundebissverletzung im Jahre 2014 fehlerhaft mit Octenidin mittels einer Kanüle gespült, ohne dass für einen Abfluss gesorgt worden war. Hier ist aus aktuellem Anlass darauf hinzuweisen, dass bei der Wundspülung mit Octenidin darauf zu achten ist, dass das Präparat nicht unter Druck in das Gewebe eingebracht werden darf und ein Abfluss gewährleistet sein muss (5). Die Gutachterkommission hat in letzter Zeit mehrmals Fehler bei der Anwendung von Octenidin festgestellt.

mung mit der Literatur (1,2) zu fordern, dass Bissverletzungen in Lokalanästhesie, gegebenenfalls auch in Analgosedierung oder Allgemeinanästhesie innerhalb der ersten 8–12 Stunden revidiert werden müssen. Hierzu gehören eine Wundexzision, ein Wundabstrich, eine Wundreinigung und gegebenenfalls, wenn erforderlich, eine Fremdkörperentfernung. Der intraoperative Befund muss sorgfältig dokumentiert werden. Eine Antibiotikatherapie wird nicht in jedem Falle gefordert, aber dringend empfohlen, da Tierbisswunden grundsätzlich als infiziert gelten.

In ihrem gutachtlichen Bescheid hat die Gutachterkommission festgestellt, dass weder eine Wundrevision mit Excision der Bisswunden noch eine Abstrichentnahme noch eine Antibiotikatherapie durchgeführt worden seien. Dies stelle eine unzureichende und deshalb fehlerhafte primäre Behandlung der Bissverletzung dar. Bereits am Tag nach der Erstbehandlung sei es zu einer fortgeschrittenen Entzündung mit erheblicher Schwellung des rechten Daumens gekommen, sodass

eine erste Revision erforderlich geworden sei. Sämtliche weiteren Revisionsoperationen seien zwar zeit- und sachgerecht vorgenommen worden, hätten jedoch den weiteren Krankheitsverlauf nicht aufhalten können, der nach insgesamt fünf Revisionsoperationen mit einem Funktionsdefizit der Hand geendet habe. Dieser Verlauf sei aller Wahrscheinlichkeit nach vermeidbar gewesen, auch wenn Komplikationen nach primär korrekter Behandlung nicht vollkommen auszuschließen seien. Die Belastungen durch die Revisionsoperationen mit dem dadurch verlängerten Heilverlauf und das Funktionsdefizit an der rechten Hand beruhen nach Auffassung der Gutachterkommission auf dem Behandlungsfehler.

### Literatur

- 1) Namdar et al., MMW Fortschritte der Medizin 2010/39: 37-39
- 2) Jobmann, MMW Fortschritte der Medizin 2013/5: 54-55
- 3) Towfigh, Hierner, Langer, Friedel, Handchirurgie Band 2, Springer Verlag 2011 Kapitel 44
- 4) Lichte, Kobbe, Taeger, Nast-Kolb, Hierner, Oberbeck: Bissverletzungen der Hand, Unfallchirurg 2009 112(8): 719-727
- 5) Dt. Ärzteblatt 28.01.2011, Octenisept: Warnung vor Wundspülung unter Druck

**Dr. med. Ulrich Gras** ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied, Präsident des Sozialgerichts a. D., **Dr. jur. Karl Joseph Schäfer** ist Stellvertretender Vorsitzender und **Dr. med. Beate Weber** gehört der Geschäftsstelle der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein an.

## WIR HÖREN NICHT AUF ZU HELFEN. HÖREN SIE NICHT AUF ZU SPENDEN.

**Leben retten ist unser Dauerauftrag:** 365 Tage im Jahr, 24 Stunden täglich, weltweit. Um in Kriegsgebieten oder nach Naturkatastrophen schnell und effektiv handeln zu können, brauchen wir Ihre Hilfe. Unterstützen Sie uns langfristig: Werden Sie Dauerspender.

[www.aerzte-ohne-grenzen.de/dauerspende](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/dauerspende)  
Spendenkonto • Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00 • BIC: BFSWDE33XXX



Südsudan +++ Flüchtlingslager Batil +++  
Gandhi Pant (47) +++ Krankenpfleger aus  
Australien +++ 2. Mission +++ 300 Patienten  
pro Tag +++  
© Nichole Sobocki