

Therapeutische Informationspflicht zur Erreichung des Behandlungszieles geboten

Der behandelnde Arzt ist zur Erreichung und Sicherung des Behandlungszieles dazu verpflichtet, den nachbehandelnden Arzt und den Patienten über die gesundheitliche Entwicklung während der Behandlung und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen zu informieren.

von Michael Schirmer, Karl Joseph Schäfer und Beate Weber

Im nachfolgend geschilderten Fall beklagte eine 69-jährige Patientin gegenüber der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein eine fehlerhafte Durchführung der bei ihr vorgenommenen Bandscheibenoperation, in deren Folge es zu einer Liquorrhoe bei Duraverletzung mit nötiger Revisionsoperation gekommen ist. Durch die fehlerhafte Behandlung einer postoperativen Infektion seien eine Spondylodiszitis und ein spinaler Abszess aufgetreten, die einen weiteren Eingriff erforderten und zu einer dauerhaften Gehbehinderung aufgrund einer irreversiblen Nervenschädigung geführt hätten. Die Patientin rügt auch die Risikoauklärung zum Eingriff.

Sachverhalt

Nach den Krankenunterlagen der in Anspruch genommenen orthopädischen Klinik erfolgte bei der Patientin – nach einer über fünf Tage erfolglos bis zum 24. Mai durchgeführten Infiltrationsbehandlung – am 31. Mai eine Bandscheibenoperation in Höhe LWK 4/5. Das MRT der Lendenwirbelsäule vom 19. Mai hatte eine Bandscheibenprotrusion und eine hypertrophe Spondylarthrose bei neuroforaminaler Enge bei LWK 4/5 rechts und geringer bei LWK 3/4 links gezeigt. Die Patientin konnte nach unauffälligem postoperativem Verlauf am 2. Juni entlassen werden. Bei den Wiedervorstellungsterminen zeigte die Laborkontrolle am 11. Juni einen gegenüber dem 6. Juni um das 10-fache auf 10,0 mg/dl (Normalwert < 0,5 mg/dl) angestiegenen

CRP-Wert und einen leichten Hb-Abfall von 13,4 auf 12,6 g/dl, was an diesem Tag zur stationären Aufnahme der Patientin führte. Sie berichtete hierzu in ihrer Stellungnahme, dass am 4. Juni erstmals Kopfschmerzen aufgetreten seien, die in der Nacht zum 6. Juni plötzlich so stark wurden, dass sie gestürzt sei, auch weil das rechte Bein plötzlich völlig kraftlos gewesen sei.

Aufgrund des MRT-Befundes vom 12. Juni, der neben postoperativen Veränderungen einen umschriebenen Flüssigkeitsverhalt in der Bandscheiben LWK 4/5 und rechts dorsal einen Hinweis auf ein Serom aufzeigte, wurde die Verdachtsdiagnose einer Nachblutung gestellt und für den 13. Juni eine Revisionsoperation mit ggf. Hämatomausräumung veranlasst. Intraoperativ zeigte sich ein kleines Liquorkissen bei kleiner Duraläsion, welche übernäht wurde. Im intraoperativen Abstrich wurde bis zum 14. Juni als verursachender Keim *Staphylococcus epidermidis* nachgewiesen, der sich auf das bereits seit der Revisionsoperation intravenös verabreichte Cefazolin hoch sensibel zeigte. Vom 16. Juni bis zur Entlassung am 23. Juni erfolgte dann eine orale Gabe von Cefuroxim. Der CRP-Wert fiel bis zum 19. Juni auf 2,7 mg/dl ab.

Die Patientin wurde am Rollator unter kontinuierlicher Schmerztherapie remobilisiert. Bei der Entlassungsuntersuchung lag noch eine Parästhesie der Nervenwurzel S1 rechts vor. Als Nachbehandlung empfohlen wurden eine bedarfsgerechte Schmerztherapie, eine rumpfstabilisierende rein isometrische Krankengymnastik, das Vermeiden von Heben und Tragen von mehr als fünf Kilogramm sowie Inklinationbewegungen für etwa sechs Wochen, eine körperliche Schonung und eine Wiedervorstellung in drei Monaten beziehungsweise bei Beschwerden früher.

Am 6. Juli stellte sich die Patientin notfallmäßig in einer nicht in das Begutachtungsverfahren einbezogenen Neurochirurgischen Klinik vor, da seit dem 30. Juni erneute Beschwerden aufgetreten waren. Dort zeigte sich eine Abszesshöhle in Höhe des LWK 4/5 und eine Spondylodiszitis. Es erfolgten eine Abszessausträumung, Spülung mit Betaisodona und Einlage von Genta-Coll®. Der intraoperative Abstrich

wies wiederum *Staphylococcus epidermidis* nach. Die Behandlung erfolgte mit Clindamycin 4 x täglich. Die Patientin wurde dort am 30. Juli entlassen und sollte bis zum Wiedervorstellungstermin am 17. August die Antibiotikaeinnahme fortsetzen. Der weitere Verlauf ist für die Beurteilung nicht relevant.

Bewertung

Die Patientin wurde bereits am 24. Mai, das heißt eine Woche vor dem geplanten offenen Eingriff, anhand eines gängigen Aufklärungsbogens im Aufklärungsgespräch über die Komplikationsmöglichkeiten umfassend aufgeklärt, die sich dann in Form einer Liquorleckage, einer Revisionsoperation, einer Infektion und einer Spondylodiszitis verwirklicht haben. Ein Aufklärungsversäumnis liegt daher nicht vor.

Die Bandscheibenoperation am 31. Mai erfolgte komplikationslos. Im Operationsbericht ist ein Liquorleck beziehungsweise eine Duraläsion nicht erwähnt. Das ist glaubhaft, wenn es nicht zur Eröffnung der Arachnoidea kommt. Diese kann aber zum Beispiel später durch einen Hustenstoß einreißen, sodass es zu Liquorverlustbedingten Kopfschmerzen kommen kann.

Nachdem sich nach der Wiederaufnahme der Patientin am 12. Juni im MRT ein Flüssigkeitsverhalt darstellte, dachte man in der beschuldigten Klinik zunächst an eine Nachblutung, auch im Hinblick auf den inzwischen angestiegenen CRP-Wert. Für den Folgetag wurde daher sachgerecht eine Revisionsoperation veranlasst, bei der ein Liquorkissen bei kleinem Duraeinriss nach interlaminärer Fensterung zwischen 4. und 5. Lendenwirbelkörper gesichert und versorgt wurde.

Gebotene Informationspflicht

Zur Erreichung und Sicherung des Behandlungszieles besteht die ärztliche Verpflichtung, den nachbehandelnden Arzt und den Patienten über die gesundheitliche Entwicklung während der Behandlung und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen zu informieren (*Informationspflicht gemäß Paragraph 630c*

Abs. 2 Satz 1 BGB, früher sogenannte Sicherungsaufklärung; vgl. auch § 7 Abs. 7 der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte). In den letzten fünf Abschlussjahren von 2014 bis 2018 wurden von der Gutachterkommission Nordrhein in 250 der unter Feststellung ärztlicher Behandlungsfehler abgeschlossenen 2.465 Verfahren, das heißt in 10,1 Prozent, auch Behandlungsfehler bei der Informationspflicht festgestellt.

Im geschilderten Beispiel wurde behandlungsfehlerhaft weder der nachbehandelnde Hausarzt noch die Patientin über die Tatsache des Nachweises von Staphylokokken im Wundabstrich und die stattgehabte Behandlung mit Cefuroxim bis zur Entlassung informiert. Auch wurde es versäumt, den Verlauf des CRP-Wertes mitzuteilen, und darauf hinzuweisen, dass eine Fortführung der Antibiotikagabe und weitere Laborkontrollen geboten waren.

Diese ärztlichen Versäumnisse stellen einen groben Behandlungsfehler dar. Die Krankenhausärzte haben einen überaus wichtigen Teil der Behandlung der als Komplikation eingetretenen Infektion nicht mitgeteilt (gebotene Informationspflicht) und damit den Behandlungsvertrag in erheb-

lichem Umfang verletzt und einen Fehler begangen, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Facharzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Der grobe Behandlungsfehler führt grundsätzlich zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich des Kausalzusammenhangs zwischen Fehler und Primärschaden, wenn der Fehler als generell geeignet anzusehen ist, den entstandenen Primärschaden herbeizuführen. Dies ist für den Primärschaden, der in dem nach der Krankenhausausschreibung entstandenen Krankheitsbefund mit Spondylodiszitis bei spinalem Abszess in Höhe von LWK 4/5 rechts und

Keimbefund von Staphylococcus epidermis besteht, zu bejahen. Bei dieser Sachlage wird die Schadensursächlichkeit des Fehlers für den genannten Gesundheitsschaden vermutet (vgl. § 630h Abs. 5 BGB). Es ist Sache der Klinikärzte, den Nachweis zu führen, dass der Krankheitsverlauf ohne den Fehler identisch gewesen wäre. RA

Professor Dr. med. Michael Schirmer ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied, Präsident des Sozialgerichts a. D. **Dr. jur. Karl Joseph Schäfer** ist Stellvertretender Vorsitzender und **Dr. med. Beate Weber** ist die für die Dokumentation und Auswertung zuständige Referentin der Geschäftsstelle der Gutachterkommission Nordrhein bei der Ärztekammer.

So gehen Sie richtig mit der Informationspflicht zur Nachbehandlung gemäß Paragraph 630c Abs. 2 Satz 1 BGB um

- Teilen Sie dem Nachbehandler und dem Patienten bei der Entlassung die nötigen Informationen über den stattgehabten Verlauf von Komplikationen, pathologischen Laborwerten und die bisherige Behandlung mit.
- Weisen Sie auf die nötige weitere Behandlung mit Medikamenten, klinische und Labor-Kontrollen sowie Wiedervorstellungsvorgaben hin, insbesondere bei einer erneuten Verschlechterung.



Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein

79. Fortbildungsveranstaltung „Aus Fehlern lernen“

in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

Proktologische Eingriffe – Was muss wann beachtet werden?

Freitag, 27. September 2019, 14.00–17.15 Uhr, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Begrüßung

Dr. med. Vasiliki Böllinghaus-Nikoloau, Referentin IQN

Einführung und Moderation

Prof. Dr. med. Anton Kroesen, Chefarzt der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie, Krankenhaus Porz am Rhein, Köln

Beschwerden in der Analregion-Fallstricke in der Proktologie

Dr. med. Judith Lippler, Fachärztin für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Coloproktologie-Praxis, Düsseldorf

Therapie des Hämorrhoidalleidens: Was gibt es Neues? – Oder ist alt bewährtes doch besser?

Dr. med. Martin Kowallik, Facharzt für Chirurgie, Magen-Darm-Zentrum, Köln

Analfisteln - eine patientenmaßgeschneiderte Therapie?

Prof. Dr. med. Anton Kroesen

Thromboembolieprophylaxe und Umgang mit Antikoagulantien bei proktologischen Eingriffen

Prof. Dr. med. Ernst Eypasch, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie, Heilig-Geist-Krankenhaus, Köln

Diskussion mit den Teilnehmern

Schlusswort

Dr. med. Vasiliki Böllinghaus-Nikoloau

Anerkannt mit 4 Punkten

Für diese Veranstaltungen gilt

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldung erforderlich unter E-Mail: iqn@aekno.de
oder Fax: 0211 4302-5751

Kontakt Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Tel.: 0211 4302-2751

Internet www.iqn.de