

Aus der Praxis der Norddeutschen Schlichtungsstelle

Augenheilkunde - Kataraktextraktion

(Dr. med. Gudrun Schwoerer)

In der operativen Ophthalmologie ist die Kataraktextraktion zu einem Routineeingriff geworden, der von frequentierten Operateuren tausendfach im Jahr - auch ambulant - durchgeführt wird. Glücklicherweise sind die meisten Patienten mit dem Erfolg dieser Operation zufrieden, dennoch bitten vereinzelte in der Annahme eines ärztlichen Behandlungsfehlers die Schlichtungsstelle um Klärung.

In diesen Fällen spielt die Dokumentation der Augenärzte eine große Rolle. Oft wird das ärztliche Vorgespräch bemängelt, der Patient fühlt sich im Nachhinein nicht ausreichend über mögliche Risiken aufgeklärt. Um einer Überforderung der meist betagten Patienten mit medizinischem Fachwissen zu vermeiden, wäre es zu empfehlen, die Aufklärung in ausreichend zeitlichem Abstand von der Operation - möglichst ohne Fachausdrücke - durchzuführen. So besteht für den Patienten die Möglichkeit, sich in Ruhe weiter zu informieren und ggf. aufgetretene Unklarheiten mit seinem Operateur zu besprechen, bevor er die Einverständniserklärung unterschreibt.

Die norddeutsche Schlichtungsstelle hatte in den letzten Jahren Fälle zu behandeln, deren Komplikationen sich aus Zwischenfällen, die während der Lokalanästhesie oder bei der Operation selbst eintraten, ergaben. So wurden Bulbus-Perforation oder Setzen eines Hämatoms bei der Injektion nicht bemerkt oder deren Dokumentation unterlassen. Gelegentlich sanken Teile des Linsenkerns in den Glaskörper oder aber, die Kunstlinse luxierte, ohne daß der Operateur entweder anhand seiner eigenen Möglichkeiten sofort fachgerecht reagierte oder aber den Patienten an eine technisch weitergehend ausgestattete Klinik überwies. Mehrere Patienten waren unzufrieden mit dem Sehergebnis, weil die zu implantierende Linse nicht korrekt berechnet war, in einem Fall war versäumt worden, den Patienten, dessen Hornhaut dekompensierte, zeitgerecht auf die Möglichkeit einer Hornhauttransplantation zur Sehverbesserung hinzuweisen. In einem anderen Fall wurden Schäden durch die fehlerhafte Bedienung eines neu eingesetzten Saug-Spül-Gerätes verursacht. Auch eine im Glaskörper hinterlassene Nadel, die zu einer Netzhautablösung führte, beschäftigte die Gutachter. Postoperativ wurden je einmal eine Drucksteigerung sowie eine Infektion nicht rechtzeitig erkannt bzw. adäquat behandelt.

Kasuistik:

Die geplante Kataraktextraktion mußte wegen einer Thrombose, die mit Antikoagulantien behandelt wurde, zunächst verschoben werden. Dann wurde während der Lokalanästhesie ein Gefäß verletzt, so daß wegen der starken Blutung die Operation abgebrochen wurde. Ein Bluterguß zog sich über die gesamte Gesichtshälfte. Als der Patient das Auge wieder öffnen konnte, erkannte er keinen Lichtschein mehr, während er vor diesem Vorfall noch 0,2 sah.

Um zu klären, ob die eingetretene Erblindung, die seine Lebensqualität minderte, auf eine fehlerhafte Behandlung zurückzuführen sei, beantragte der Patient die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens. Der betroffene Augenarzt bestätigte, daß bei der Betäubung ein massives Lidhämatom aufgetreten sei, aber bei der Entlassung am nächsten Tag alle Befunde unverändert waren und sonographisch kein Bluterguß, weder um das noch hinter dem Auge bestanden habe. 3 Wochen später habe der Patient fraglich Lichtschein wahrgenommen, nach einer Untersuchung habe er die Verdachtsdiagnose eines Gefäßverschlusses im Versorgungsbereich des Sehnerven gestellt. Da der Patient bereits unter Antikoagulantien-Therapie stand, hätten sich keine weiteren therapeutischen Konsequenzen ergeben. Das Verschlusgeschehen am Auge sei unabhängig von dem Bluterguß als schicksalhaft anzusehen.

Der Gutachter weist darauf hin, daß der Anästhesist für die Folgen einer komplikativen Lokalanästhesie hafte, der Augenarzt erst sekundär für die Behandlung eines Lidhämatoms verantwortlich sei. Augenärztlicherseits sei die Operationsvorbereitung korrekt durchgeführt. Unter Zugrundelegung der sehr lückenhaften ärztlichen Dokumentation sei aber nach Auftreten der Blutung kein Versuch unternommen worden, Funktion, Augendruck bzw. Augenhintergrund zu überprüfen. Die alleinige Gabe eines augeninnendrucksenkenden Medikamentes nach Rückverlegung des Patienten auf die Station war unzureichend. Die Ultraschall-B-Bild-Sonographie stelle bei einem frisch-diffusen Retrobulbärhämatom eine inadäquate Methode zur Untersuchung dar, weil eine frische, diffuse Blutung nicht ausreichend erkennbar ist. Auch die gebotenen operativen Maßnahmen zur Entlastung des Augapfels infolge des arteriellen retrobulbären Hämatoms seien nicht erfolgt. Im Pflegebericht dokumentierte Anzeichen, die auf einen erhöhten Augeninnendruck hinwiesen, blieben unberücksichtigt, die Augeninnendrucksenkung erfolgte unkontrolliert. Der Patient wurde ohne Dokumentation von Funktion, Druck und Augenhintergrund des betroffenen Auges entlassen. Bei der nachbehandelnden Augenärztin konnte keine Lichtscheinwahrnehmung mehr festgestellt werden. Wann und aufgrund welcher Ursache die Erblindung eintrat, läßt sich aufgrund der sehr lückenhaften Dokumentation nicht sicher bestimmen. Als Ursachen der eingetretenen Erblindung seien zwei Möglichkeiten zu diskutieren:

Schlichtungsstelle: fb11-99

- Folge des Retrobulbärhämatoms nach Retro- oder Parabolbäranästhesie durch extremen Anstieg des Augeninnendruckes, der dann die Durchblutung des Sehnerven behindert. Die operative Entlastung, die die Chancen, eine Erblindung zu verhindern, erhöht, wurde nicht durchgeführt.
- Unabhängig von der Retro- bzw. Parabolbäranästhesie entstandener Gefäßverschluß am betroffenen Auge bei gewisser Prädisposition.

Der augenärztliche Gutachter führt weiter aus:

Das aufgetretene Retrobulbärhämatom sei eine Komplikation der Retro- bzw. Parabolbäranästhesie, die auch bei korrekter Durchführung auftreten könne. Auch bei ordnungsgemäß durchgeführter operativer Entlastung sei diese Komplikation nicht immer zu vermeiden, jedoch wäre die Wahrscheinlichkeit einer Erblindung dadurch sehr viel niedriger gewesen. Die Erblindung sei also mit großer Wahrscheinlichkeit fehlerbedingt.

Der Anästhesist widerspricht dem Gutachter, indem er vorträgt, daß es nach dem Setzen der Parabolbäranästhesie nicht zu einer Retrobulbärblutung gekommen sei. Dies habe er nach über 4000 Operationen aus Erfahrung ausschließen können, und dies sei auch durch die Zusatzuntersuchungen des Augenarztes bestätigt worden. Nach optimaler Vorbereitung sei der Patient über das Restrisiko umfänglich aufgeklärt und sowohl prä- als auch postoperativ gut versorgt gewesen.

Der Augenarzt wendet ein, daß die operative Entlastung eines Lidhämatoms nicht nur nicht erforderlich, sondern geradezu kontraindiziert gewesen sei und die Erblindung nicht hätte verhindern können.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle:

Der vorliegenden Dokumentation ist nicht zu entnehmen, daß nach dem Auftreten der Blutung eine Überprüfung der Funktion des Augendruckes bzw. des Augenhintergrundes vorgenommen wurde. Entsprechend der beweisrechtlichen Indizwirkung, daß dokumentationsbedürftige Angaben, die in den Krankenunterlagen nicht vermerkt sind, nicht vorgenommen wurden, ist von einer unterlassenen Befunderhebung auszugehen, die als sorgfaltswidrige Unterlassung zu bewerten ist.

Die schuldhafte Unterlassung medizinisch gebotener Erhebung von Befunden rechtfertigt eine Verschiebung der Beweislast zum Nachteil des Arztes. Dadurch soll der Patient so gestellt werden, wie er stünde, wenn der gebotene Befund auch erhoben worden wäre.

Es ist davon auszugehen, daß bei sach- und zeitgerechter Durchführung notwendiger Befunderhebungen die aufgetretene Komplikation erkannt und behandelt worden wäre. Wie der Gutachter ausführte, hätte bei einer frühzeitigeren Intervention die Erblindung wahrscheinlich verhindert werden können. Damit obliegt es der Arztseite, den Beweis dafür zu erbringen, daß kein kausaler Zusammenhang zwischen der fehlerhaft unterlassenen Befunderhebung und der eingetretenen Erblindung besteht. Dieser Beweis ist nicht zu führen. Die Schlichtungsstelle hielt deshalb Schadensersatzansprüche für begründet und empfahl, die Frage einer außergerichtlichen Regulierung zu prüfen.

Anschrift der Verfasserin:
Dr. med. G. Schwoerer
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 11/1999

[zurück zur Übersicht](#)