

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 6/2015

Kasuistik

Im Februar wurde bei einem Patienten eine seit dem 10. Lebensjahr nach Augenprellung bestehende Cataracta traumatica rechts operiert. Dabei kam es zu einer hinteren Kapselruptur mit vorderer Vitrektomie und Sulkusimplantation der Hinterkammerlinse. Die postoperative Sehschärfe entwickelte sich auf 0,8. Am 8. Oktober traten Photopsien, schwarze Punkte mit Behinderung bei der Arbeit auf. Am 15. Oktober stellte der Augenarzt erneut die Sehschärfe ohne Korrektur von 0,8 bei anliegender Netzhaut fest. Die Gesichtsfelduntersuchung (Gesamtfeld 81) zeigte überwiegend im nasal oberen Quadranten des rechten Auges absolute Skotome, ohne die 30°-Marke zu überschreiten. Glaskörpertrübungen wurden als Ursache für die Symptome vermutet. Am 6. November kam es jedoch zu einer Abnahme der Sehkraft. Die daraufhin konsultierte Augenklinik bestätigte eine Reduzierung der Sehschärfe rechts auf 0,6 sowie ein fragliches Foramen bei 6.00 Uhr in der Peripherie. Eine Netzhautablösung mit Makulabeteiligung wurde diagnostiziert. Auf Wunsch des Patienten erfolgte die stationäre Aufnahme erst am 8. November und am 9. November erfolgte die Amotio-Operation in Form einer Cerclage. Zusätzlich wurde ein Hufeisenforamen bei 9 Uhr festgestellt. Der postoperative Verlauf erwies sich als unauffällig. Die Sehschärfe erholte sich auf Werte zwischen 0,4 bis 0,5 unter Korrektur.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Der Patient vermutet, dass dem Augenarzt eine schwerwiegende Fehldiagnose unterlaufen sei und aufgrund der übersehenen Netzhautablösung eine Verzögerung der Behandlung zu einem deutlich verschlechterten funktionellen Ergebnis geführt habe.

Der Augenarzt führt aus, dass sich die Sehschärfe gegenüber Voruntersuchungen mit 0,8 als unverändert erwiesen habe. Die Netzhautuntersuchung, insbesondere im Bereich des hier vorhandenen Gesichtsfeldausfalls, habe keine Ablösung oder Vorstufen einer drohenden Ablösung ergeben, so dass er den Patienten mit beruhigenden Worten und der Empfehlung einer

www.schlichtungsstelle.de
info@schlichtungsstelle.de

**Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen
Ärztekammern GbR**
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Telefon:
+49 511 / 380 -2416 oder
+49 511 / 380 -2420

Wiedervorstellung bei Zunahme der Beschwerden entlassen habe.

Gutachten

Nach Ansicht der Gutachterin, Fachärztin für Augenheilkunde, sei die ophthalmologische Untersuchung des Patienten am 15.10. symptomgerecht, allerdings in Anbetracht des nachgewiesenen Gesichtsfelddefektes nicht ausreichend gewesen. Es hätte eine zusätzliche Kontaktglas- oder Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden müssen und zwar insbesondere bei Zustand nach Operation einer Cataracta traumatica mit Sulcusimplantation. Die Netzhautablösung wird von der Gutachterin als älter eingeschätzt, und zwar vor ihrer Diagnose am 07.11. Der Gesichtsfelddefekt am 15.10. sei bereits das Symptom einer umschriebenen Netzhautablösung gewesen. Bei rechtzeitigerer Diagnose hätte durch Laserkoagulation oder einen kleineren lokalen Eingriff eine Beteiligung der Makula verhindert werden können und damit wahrscheinlich zu einem besseren funktionellen Ergebnis geführt.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Im vorliegenden Fall waren Mängel in der Befunderhebung festzustellen, die die Beweislast zu Lasten des Arztes umkehrten. Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde (vgl. BGH NJW 2004, 1871 ff).

Die am 15.10. von dem Augenarzt durchgeführte Untersuchung war bei typischen Symptomen einer Netzhautirritation, insbesondere bei Zustand nach Contusio bulbi und komplizierter Kataraktoperation mit Kapselruptur und Sulkusimplantation der Hinterkammerlinse, nicht ausreichend, zumal bei der bekannten Anamnese ein stark erhöhtes Risiko für eine Amotio besteht. Weiterhin fehlte die Klärung des hier nachgewiesenen Gesichtsfelddefektes. Die Hinweise auf einen unveränderten Visus bei scheinbar noch anliegender Netzhaut greifen in Anbetracht des nicht geklärten Gesichtsfeldbefundes nicht, zumal dieser im vorgelegten Gesichtsfeld bereits die 30°-Marke nach zentral überschritten hatte. Die weiterhin differentialdiagnostische Möglichkeit einer zentralen Ursache für den Gesichtsfelddefekt hätte eine Gesichtsfelduntersuchung des Partnerauges erfordert. Diese war nicht erfolgt.

Ohne Nachweis einer entsprechenden Veränderung auf dem kontralateralen Auge und ohne Nachweis einer eventuellen Sehnervenschädigung muss aufgrund des weiteren Verlaufes davon ausgegangen werden, dass eine sich langsam entwickelnde Netzhautablösung bereits bei der Erstuntersuchung für den hier nachgewiesenen Defekt des Gesichtsfelds verantwortlich zu machen war. Nicht umgehend eine Operation in Kenntnis einer sich entwickelnden Netzhautablösung zu veranlassen, würde einen schweren Behandlungsfehler darstellen.

Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verkennung des zu erwartenden Befundes oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

Gesundheitsschaden

Die Schlichtungsstelle befand als Gesundheitsschaden eine mäßig ausgeprägte Anisometropie infolge der Notwendigkeit einer Cerclage-Operation sowie eine permanente Herabsetzung der Sehschärfe auf 0,4 bis 0,5.