

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 3/2015

Kasuistik

Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens war die Behandlung durch Ärzte einer Abteilung für Unfallchirurgie eines Krankenhauses zu prüfen. Bei dem Patienten wurde im Januar aufgrund einer klinisch und radiologisch auffälligen Kniegelenksverschleißerkrankung eine bikondyläre Oberflächenersatzprothese implantiert. Vorausgegangen waren bereits eine Bandscheibenoperation 1995, eine Spondylodese im HWS-Bereich 2002 und eine Knieprothesenversorgung links 2007. Zum Zeitpunkt der Operation lagen Übergewichtigkeit, Schlafapnoe-Syndrom und eine Nickel-Allergie vor. Der Eingriff wurde in Blutsperrung durchgeführt und dauerte 1 Stunde und 34 Minuten.

Im Operationsbericht sind keine Auffälligkeiten beschrieben, die postoperativen Röntgenaufnahmen vom Januar ergaben korrekt einsitzende Implantate. Die postoperative Mobilisation erfolgte mit 15 Kilogramm Teilbelastung an zwei Unterarmgehstützen. Es traten kurzzeitig erhöhte Temperaturen auf. Der weitere Verlauf wurde als komplikationslos geschildert. Am 31. Januar erfolgte die Entlassung in eine Rehabilitationsbehandlung. Der Aufnahmebefund der Reha-Klinik ergab eine noch belegte Narbe mit geringer Weichteilschwellung und einen geringen Gelenkerguss. Eine Laborkontrolle am 14. Februar ergab einen CRP-Anstieg von 1,51 mg/dl auf 17,8 mg/dl. Auffällig waren starke Schmerzen in Unter- und Oberschenkel rechts. Der Patient wurde am gleichen Tage zur weiteren Diagnostik und Therapie in ein Krankenhaus verlegt. Dort wurde durch Phlebographie eine Venenthrombose ausgeschlossen und ein chirurgisches Konsil wegen des Verdachts einer Infektion veranlasst. Drei Tage später wurde der Patient deshalb in das erste Krankenhaus zurückverlegt. Die Behandlung dort fand nunmehr unter dem Verdacht einer Lumboischialgie rechts statt. Der CRP-Wert war mit 16,1 mg/dl weiterhin deutlich erhöht. Ein am 21. Februar bei der Chefarztvisite angeordnetes Kniegelenkspunktat ergab am 24. Februar den Nachweis von *Staphylococcus epidermidis*. Am 27. Februar wurde der Patient aus stationärer Behandlung entlassen. Im Entlassungsbericht wurde eine Punktion des Kniegelenkes mitgeteilt, bei der sich jedoch kein Hinweis auf eine Gelenkentzündung ergeben habe. Der Bericht enthielt zusätzlich den Eintrag „*Staphylococcus epidermidis*“ und dass

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

aufgrund eines erhöhten CRP-Wertes zehn Tage lang antibiotisch mit Unacid behandelt worden sei.

Nach vier Wochen stellte sich der Patient erneut in dem Krankenhaus wegen eines Knie-Umknicktraumas rechts vor. Dabei wurde eine reizlose Wunde ohne Verletzungszeichen festgestellt. Die weitere Behandlung erfolgte beim Hausarzt, der aufgrund anhaltender Beschwerden, Schwellung und Überwärmung im Mai die Überweisung an einen Facharzt für Gefäßchirurgie veranlasst. Dort wurde eine tiefe Venenthrombose rechts dokumentiert und eine Marcumarisierung verordnet. Unter dem Verdacht eines Frühinfektes wurde der Patient erneut im Krankenhaus vorgestellt und eine weitere Kniepunktion vorgenommen, die das Vorliegen einer Gelenkinfektion bestätigte. Daraufhin erfolgte die Einweisung in ein anderes Krankenhaus, das am 23. Mai die Explantation der Knieprothese wegen einer periprothetischen Knieinfektion vornahm. Die Keimbestimmung ergab den bereits bekannten Staphylococcus epidermidis, der bereits im Februar im zuerst behandelnden Krankenhaus festgestellt worden war. Am 28. August wurde im Rahmen eines stationären Aufenthaltes bis zum 10. September eine nickelfreie Revisionsprothese re-implantiert.

Gutachten

Der beauftragte Gutachter, Facharzt für Orthopädie, kam zu dem Schluss, dass die Implantation der Knieprothese technisch korrekt mit zufriedenstellendem Ergebnis erfolgt sei. Aufgrund der Untersuchung des Gelenkpunktates vom 21. Februar nach Rückverlegung sei Staphylococcus epidermidis nachgewiesen worden. Auch aufgrund erhöhter Laborwerte hätte von einer Gelenkinfektion ausgegangen werden müssen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb im Entlassungsbrief trotz Beschreibung einer infektiösen Situation mit Nennung des Keimes keine entsprechenden Behandlungsmaßnahmen ergriffen worden seien. Es sei auch nicht nachvollziehbar, weshalb während des zweiten stationären Aufenthaltes unter der Verdachtsdiagnose eines Knieprotheseninfektes eine Lumboischialgie behandelt worden sei. Diese hätte keine Antibiose erfordert. Die Infektion hätte bereits am 24. Februar, spätestens am 25. März erkannt werden müssen. Die Behandlungsfehler hätten vermieden werden können.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Trotz eines Kniegelenkpunktates vom 21. Februar mit Nachweis von Staphylococcus epidermidis erfolgte im Krankenhaus lediglich eine völlig unzureichende antibiotische Behandlung bei Vorliegen eines Frühinfektes. Die Behandlung erfolgte gegen seinerzeit geltende

Standards. Auch nach Wiedervorstellung im März hätte die Möglichkeit bestanden, eine befundangemessene fachgerechte Behandlung durchzuführen. Ist dem behandelnden Arzt ein grober Behandlungsfehler vorzuwerfen, der generell geeignet ist, den eingetretenen Gesundheitsschaden zu verursachen, führt dieser grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast zwischen dem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden. Die Annahme eines groben Behandlungsfehlers setzt nicht nur einen eindeutigen Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse voraus, sondern erfordert ebenfalls die Feststellung, dass ein Fehler vorliegt, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Die Schlichtungsstelle ist zu dem Schluss gekommen, dass es sich hierbei um grobe Behandlungsfehler handelt, die nicht nachvollziehbar sind. Bei korrektem Vorgehen wäre nach Erhalt des bakteriologischen Ergebnisses der Punktion vom 21. Februar eine Revisionsoperation mit Debridement und Entfernen der beweglichen Teile (tibiales Polyethylenplateau) unter Jet-Lavage vorgenommen worden. Zusätzlich hätte eine begleitende systemische antibiotische Behandlung stattgefunden. Unter dieser Therapie hätte mit einer Wahrscheinlichkeit von circa 60 Prozent die Möglichkeit einer Beherrschung der Infektion bestanden. Durch das fehlerhafte Vorgehen ist es zu folgenden zusätzlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen gekommen:
Aufgrund der fehlerhaften Behandlung erfolgte eine Verzögerung der Behandlung von Ende Februar bis Ende August. Dadurch entwickelte sich eine Spätinfektion, die nunmehr die komplette Entfernung der Prothese zwingend notwendig machte. Hierdurch verlängerte sich die Rehabilitationszeit aufgrund des notwendigen zweizeitigen Prothesenwechsels deutlich. Eine verlängerte Rehabilitationszeit nach TEP-Re-Implantation ist mit einem Jahr einzuschätzen.

Fazit

Qualitätssicherung ist erst am Schluss zu Ende - ein Blick in die Patientenakte bei Erstellung des Entlassungsbriefs ist empfehlenswert!