



50 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen



**50 Jahre Gutachterstelle
für Arzthaftungsfragen**

6. BEITRAG: HAFTUNG WEGEN EINES
AUFKLÄRUNGSMANGELS



50 Jahre Gutachterstelle



Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer wurde 1975 als bundesweit erste derartige Einrichtung unter dem Namen „Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtstreitigkeiten“ eingerichtet und feiert in diesem Jahr ihr 50-jähriges Bestehen. Aufgabe der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen ist es, „durch objektive Prüfung oder Begutachtung ärztlichen Handelns, Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und Ärzten die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern“. Dazu prüft die Gutachterstelle auf Antrag, ob im konkreten Fall ein Behandlungsfehler vorliegt, der kausal einen Gesundheitsschaden verursacht hat und will damit eine außergerichtliche Einigung zwischen Arzt und Patient fördern. Mit Unterstützung externer Gutachter erstellen unabhängige, entscheidungsbefugte Mitglieder der Gutachterstelle, (Ärzte und Juristen mit der Befähigung zum Richteramt) eine abschließende Stellungnahme (Votum). Den Einzelfall entscheidet die Gutachterstelle mit einem Arzt und einem Juristen.

Anlässlich des 50-jährigen Bestehens der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen werden neben anderen Aktivitäten anonymisierte Gutachtensfälle auf der Homepage der Gutachterstelle (www.gutachterstelle-bayern.de) jeweils zu einem besonderen juristischen Thema beispielhaft vorgestellt. Die sechs Beiträge erscheinen ab Januar 2025 zweimonatlich mit jeweils vier bis acht Fällen.

Ziel der Vorstellung der gutachtlichen Entscheidungen ist, die ärztlichen Kollegen zum Thema Behandlungsfehler und zu deren Vermeidung zu sensibilisieren.

Haftung wegen eines Aufklärungsmangels

Die Haftung der Behandlungsseite wegen eines Aufklärungsmangels ist die zweite, von der Behandlungsfehlerhaftung zu unterscheidende und von dieser getrennt zu prüfende, eigenen Regeln folgende Säule des Arzthaftungsrechts.

Der Eingriff des Arztes in körperliche Unversehrtheit und Gesundheit des Patienten ist nur zulässig, wenn dieser mit Einwilligung des Patienten erfolgt. Kommt der Behandelnde seiner Verpflichtung zur Aufklärung nicht im gebotenen Umfang nach, ist damit die vom Patienten erteilte Einwilligung mit der Folge unwirksam, dass der ärztliche Eingriff vertragsrechtlich pflichtwidrig im Sinne von § 280 Abs. 1 BGB und als Körperverletzung rechtswidrig gemäß § 323 Abs. 1 BGB ist.

Die Selbstbestimmungsaufklärung soll es dem Patienten ermöglichen, frei und autonom darüber zu entscheiden, ob er sich der vorgeschlagenen ärztlichen Behandlung, insbesondere einem in Frage stehenden Eingriff, unterziehen will.

Der Behandelnde ist nach § 630 e Abs. 1 BGB verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung sind auch, diesbezügliche Versäumnisse sind ausgesprochen haftungsträchtig, etwaige Behandlungsalternativen zur geplanten Maßnahme, wenn also mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können, mit dem Patienten zu besprechen.

Für das Verfahren vor der Gutachterstelle ergibt sich hinsichtlich der Überprüfung der Selbstbestimmungsaufklärung die Schwierigkeit, dass der Patient nach Gesetz (§ 630 e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB) und Rechtsprechung mündlich aufzuklären ist. Kern der ordnungsgemäßen Aufklärung ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patienten. Die Gutachterstelle entscheidet jedoch nach Aktenlage, das heißt aufgrund der Behandlungsunterlagen. Diese lassen jedoch keinen zuverlässigen Rückschluss darauf zu, ob und mit welchem Inhalt ein mündliches Aufklärungsgespräch stattgefunden hat. Auch der vom Patienten unterschriebene und vom Arzt mit einschlägigen Zusätzen individualisierte Aufklärungsbogen ist lediglich ein Indiz aber kein Beweis dafür, dass und mit welchem Inhalt ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat. Eine Beweisaufnahme, etwa durch Anhörung von Parteien oder Vernehmung von Zeugen, darüber, ob und mit welchem Inhalt ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat, kann die Gutachterstelle, da deren Verfahrensordnung das schriftliche Verfahren anordnet, nicht durchführen. Somit können im Verfahren vor der Gutachterstelle nur vorläufige Feststellungen über das mündliche Aufklärungsgespräch und damit auch über die Ordnungsgemäßheit der Aufklärung getroffen werden.

(Von der Selbstbestimmungsaufklärung ist die Verpflichtung des Arztes zur Sicherungsaufklärung des Patienten zu unterscheiden. Die Sicherungsaufklärung dient der Absicherung des Therapieerfolgs. Diesbezügliche Versäumnisse begründen keinen Aufklärungsmangel, sondern sind ein Behandlungsfehler und unterfallen damit der anderen Regeln folgenden Behandlungsfehlerhaftung.)

Fälle, die in Gutachterverfahren ein einfacher oder ein qualifizierter Befunderhebungsfehler waren:

- a. Scherer/Ramm**
Iatrogenes Cushing-Syndrom durch wiederholte Kortikosteroid-Injektionen
- b. Pratschke/Goller/Fischer**
Unterlassene Aufklärung vor MRT bei liegendem Cochleaimplantat mit Folgen
- c. Ketterl/Aubele**
Mehrfache Injektionsbehandlungen bei Tennisellenbogen mit zu kurzen Intervallen ohne adäquate Aufklärung und fehlender Behandlungsdokumentation
- d. Pratschke/Goller/Fischer**
Nicht legitimierter Eingriff durch nicht erwünschtes Narkoseverfahren

Iatrogenes Cushing-Syndrom durch wiederholte Kortikosteroid-Injektionen

Scherer/Ramm

I. Sachverhalt

Vorstellung der Antragsstellerin (AS) bei einem orthopädischen Facharzt mit den Diagnosen „akute Lumbalgien, akutes Thorakalsyndrom“. Therapeutisch erfolgten eine Facettengelenks-Infiltration mit Triamcinolon 10 mg und Carbostesin (Lokalanästheticum), Quaddeln (subcutane Injektion) im BWS-Bereich mit Dexamethason 4 mg und Lokalanästhetikum.

Nach 10 Tagen Wiedervorstellung beim Antragsgegner (AG) wegen Schulter-, HWS- und LWS-Beschwerden „seit einer Woche“. Diagnose eines HWS-Syndroms, von Myogelosen im BWS-Bereich und eines akuten LWS-Syndroms mit Ileosakralgelenk-Blockierung rechts. Therapeutische Injektion von Naropin und Triamcinolon.

Drei Tage später Kontrolluntersuchung: Anordnung eines CT des rechten Sprunggelenks bei Schmerzen am Malleolus lateralis ohne pathologischen sonographischen Befund und neuerliche Triamcinolon-, Dexamethason- und Lidocain-Infiltration der Lendenwirbelsäule.

Nach weiteren elf Tagen Wiedervorstellung überwiegend mit HWS-Beschwerden mit rechtseitiger Brachialgie, erneute Injektion von Naropin, Dexamethason und Triamcinolon.

Im Rahmen der letzten Vorstellungen sieben Tage später, bei akuten Halswirbelbeschwerden, nochmalige Triamcinolon-, Dexamethason- und Lidocain-Injektion.

Auf Nachfrage beim AG wurden als Dosis innerhalb von 22 Tagen dreimal 40 mg Triamcinolon und zusätzlich 5,5 mg bzw. 2 mal je 4 mg Dexamethason appliziert. Insgesamt erhielt die AS innerhalb von 31 Tagen fünfmal Cortison-Injektionen mit der Kombination von Triamcinolon und Dexamethason.

Drei Wochen nach Beendigung der Injektionstherapie engmaschige Vorstellungen in der Inneren Medizin. Diagnose eines iatrogenen Cushing-Syndroms bei laborchemischem Ausschluss

einer endogenen Ursache. Bei der Kontrolluntersuchung gut zwei Monate später deutliche Besserung, Normalisierungstendenz bei den Laborwerten, kein Hinweis mehr für ein Cushing-Syndrom.

II. Antragsbegehren

Gerügt wird der Behandlungszeitraum von drei Wochen mit 4-maliger Injektion von Kortikosteroiden. Die AS beklagt eine weit über die sogenannte Cushing-Schwelle hinausgehende Kortikosteroid Dosis, die zu einem iatrogenen Cushing-Syndrom geführt habe. Sie sei weder dem Grunde nach, noch über mögliche Nebenwirkungen der Injektion aufgeklärt worden.

Als Gesundheitsschaden werden ein 3-wöchiger Dauerkopfschmerz, eine hochgradige negative kosmetische Veränderung mit Vollmondgesicht und Stiernacken, Unwohlsein, Haarausfall, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Konzentrationsstörungen und Leistungseinbußen sowie eine diabetische Stoffwechsel-Entgleisung beklagt. Durch die Immunsuppression seien zwei Norovirusinfektionen ausgelöst worden. Die AS habe über Monate eine enorme physische und psychische Belastung erleiden müssen.

III. Beweisaufnahme und Bewertung

Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen hat ein unfallchirurgisch-orthopädisches sowie ein endokrinologisches Gutachten eingeholt.

1.

Es gibt keine wissenschaftlich gesicherte Indikation für eine nachhaltig therapeutisch wirksame Lokalinfiltration von Kortikosteroiden (mit Ausnahme der epiduralen Infiltration zur Schmerzbehandlung). Dies gilt sowohl für Lumbago und degenerative Facettengelenksveränderungen^{1,2}, wie auch die Radikulopathie



(Nervenwurzelschaden)³, die Spinalkanalstenose⁴, Beschwerden am Iliosakralgelenk⁵ und Wirbelgleiten⁶.

In der Nationalen Versorgungsleitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ wird ausgeführt: „Intravenös, -muskulär oder subkutan applizierbare Schmerzmittel, Lokalanästhetika, Glukokortikoide und Mischinfusionen sollen nicht zur Behandlung nichtspezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden“⁷.

Entgegen der gültigen Leitlinie wird vielfach dem von Patienten- seite geäußerten dringenden Wunsch auf „eine Spritze“ nach- gegeben. Die lokale Kortikosteroid-Injektionsbehandlung ist im deutschen Sprachraum eine gängige, sehr oft geübte The- rapieform, sei es beim Hausarzt oder beim unfallchirurgisch- orthopädischen Facharzt.

Die Injektionsbehandlung mit Glukokortikoiden bei akutem HWS- Syndrom oder einer akuten Lumbago ohne sensomotorisches Defizit ist eine wissenschaftlich nicht abgesicherte Therapieform.

Gleiches gilt für die simultane Injektion von Dexamethason und Triamcinolon.

In der Arzneimittelinformation zu Triamcinolon fehlt die Indi- kation „akute Wirbelsäulen-Schmerzen“, wobei unter „Anwen- dung“ dann entsprechend der geübten Praxis aufgeführt wird: „Triamcinolon kann als Injektion in Gelenke oder Weichteile gegeben werden, um Entzündungen zu reduzieren, Schmerzen zu lindern oder Bewegungseinschränkungen zu behandeln“⁸. Ein Injektionsintervall von drei bis vier Wochen wird bei wieder- holter Anwendung von jeweils 40 mg Injektionen empfohlen. Als Nebenwirkung – ohne Angabe von Häufigkeiten – werden u. a. Fettsucht und Cushing-Syndrom genannt.

Der AG hat der AS eine wissenschaftlich nicht abgesicherte, invasive Therapie verabreicht.

Die Injektionen wurden fehlerhaft in zu kurzen Intervallen ge- setzt. Laborchemisch ist eine temporäre schwere Funktions-

störung der hypothalamisch-hypophysären-adrenocorticalen Achse (Steuerung der Cortisol-Produktion über Gehirn- und Hirnanhangsdrüse) nachgewiesen, die erst vier Monate nach Beendigung der verfahrensgegenständlichen Behandlung weit- gehend aufgehoben war.

Ein Großteil der von der AS geklagten Beschwerden innerhalb der ersten vier Monate nach der Injektionstherapie ist kausal mit dem behandlungsfehlerhaften Handeln des AG verbunden. Pathophysiologisch wirksame Langzeitfolgen im Hormonhaus- halt sind nicht zu erwarten.

Zusammenfassend ist die Gutachterstelle für Arzthaftungsfra- gen der Auffassung, dass eine fehlerhafte ärztliche Behandlung durch den AG vorliegt, die nachweislich einen Gesundheitsscha- den der AS verursacht hat.

2.

Da sich weder ein Aufklärungsbogen noch eine Einverständnis- erklärung der AS zur Injektionstherapie bei den Behandlungs- unterlagen befinden, kommt ein Aufklärungsmangel in Betracht. Allerdings kommt es für diese Frage letztlich, da der Patient mündlich aufzuklären ist (§ 630 e Abs. 2 Satz 1 Nummer 1 BGB), entscheidend darauf an, ob ein mündliches Aufklärungs- gespräch, gegebenenfalls mit welchem Inhalt, stattgefunden hat. Da im Gutachterverfahren nach Aktenlage entschieden wird, die Gutachterstelle also keine Beweise, insbesondere kei- ne Anhörung von Parteien oder Vernehmung von Zeugen über Durchführung und Inhalt des Aufklärungsgesprächs, erhebt, kann im Gutachterverfahren, worauf ausdrücklich hingewiesen wird, keine endgültige, sondern nur eine vorläufige Bewertung der Ordnungsgemäßheit der Aufklärung erfolgen.

Zum Literaturverzeichnis [hier](#) klicken.



Die Indikation für Kortison-Injektionen ist streng zu stellen. Persönliche Aufklärung sowie Beachtung von pharmakologischen Grundsätzen und spezifischen Leitlinien sind unerlässlich.

Unterlassene Aufklärung vor MRT bei liegendem Cochleaimplantat mit Folgen

Pratschke/Goller/Fischer

I. Sachverhalt

Der Antragsteller (AS) trägt ein Cochlea-Implantat (CI) im rechten Ohr und ein externes Hörgerät für das linke Ohr.

Der AS kam zum Antragsgegner (AG), um eine MRT der Halswirbelsäule durchführen zu lassen. Er hatte für sein CI eine vom Hersteller empfohlene Abdeckung für diese Untersuchung besorgt und mitgebracht. Eine Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTR) des AG fixierte diese CI-Abdeckung in mehreren Versuchen mit Hilfe einer elastischen Binde.

Nach der Untersuchung stellte der AS fest, dass die extern liegende Sendespule nicht mehr befestigt werden konnte.

In der anschließenden Untersuchung beim Audiologen in einem Universitätsklinikum wurde festgestellt, dass der implantierte Magnet aus seiner Silikonhalterung gerutscht und verdreht worden war. 8 Tage später musste in einer ambulanten Operation ein neuer Magnet eingesetzt werden.

II. Antragsbegehren

Der AS beklagt, dass die vom ihm mitgebrachte CI-Abdeckung für die MRT-Untersuchung von der RTA nicht entsprechend den beiliegenden Herstelleranweisungen angebracht worden sei. Dadurch sei es zu einer Verdrehung des implantierten Magneten und zu einer „Umpolung“ gekommen, so dass er für die Befestigung der externen CI-Teile nicht mehr funktionierte.

Der AS geht davon aus, dass er durch die aus seiner Sicht fehlerhafte Behandlung folgende Gesundheitsschäden erlitten habe:

- » Schmerzen
- » erforderliche Nachoperation
- » Verlust des Hörvermögens rechts vom bis zum Zeitpunkt der vollständigen Abheilung der Operationswunde 2 Wochen später, bei gleichzeitig ohnehin bestehender massiver Einschränkung des Hörvermögens links
- » psychische Belastung durch die Schmerzen und Aufregung

Beweisaufnahme und Beurteilung:

Zum Zeitpunkt der Untersuchung lagen allseits bekannte Studienergebnisse vor, dass bei MRT-Untersuchungen, wie im vorliegenden Fall, ein erheblich erhöhtes Risiko zur Schädigung des CI durch die Dislokation des Haltemagneten des CI besteht. Da bei einer MRT-Untersuchung der Patient einem sehr starken Magnetfeld ausgesetzt wird, können metallische Implantate aus ihrer eigentlichen Position gezogen werden. Deshalb wurden von den CI-Herstellern Sicherheitsempfehlungen zur Vermeidung der Schädigung des CI während MRT-Untersuchungen ausgesprochen, die auch von offizieller Seite bestätigt wurden. Im streitgegenständlichen Fall wurde die vom Hersteller des CI empfohlene Abdeckung zum Schutz des CI vom AS besorgt und zur MRT-Untersuchung mitgebracht. Die Schutzabdeckung wurde von der Röntgentechnischen Assistentin (RTA) laut Aussagen des AS in mehreren Versuchen mit einer elastischen Binde befestigt. Auch die Aufklärung zur Untersuchung erfolgte ausweislich der vorliegenden schriftlichen Dokumentation durch nichtärztliches Personal, wobei die Nichtanwesenheit eines Arztes bei der Aufklärung schriftlich festgehalten wurde.

Nach der Untersuchung wurde festgestellt, dass der externe Anteil (Soundprocessor) nicht mehr zu fixieren war. An einer Universitätsklinik wurde herausgefunden, dass der Haltemagnet verkippt und deshalb nicht mehr funktionsfähig war. Während einer ambulanten Operation eine Woche später wurde der verkippte Magnet gegen einen neuen ausgetauscht. Nach weiteren acht Tagen konnte der AS sein CI wieder nutzen.

Der von der Gutachterstelle beauftragte externe Gutachter bezeichnet die MRT der Halswirbelsäule zwar als die bildgebende Untersuchungsmodalität der Wahl zum Nachweis eines Bandscheibenvorfalles und zur Beurteilung, ob dadurch die Nervenwurzeln bedrängt werden. Allerdings sei bei andauernden Beschwerden durch degenerative Veränderungen auch eine Computertomografie in Erwägung zu ziehen. Bei einem liegenden Cochleaimplantat besteht zwar durch die CT eine Strahlenbelastung, so der Gutachter, aber keine Gefährdung des CI, was vor

einer Bildgebung mit dem AS ausführlich zu besprechen gewesen wäre. Ob eine solche Besprechung stattgefunden hat, kann der Gutachter den Unterlagen nicht entnehmen. Dagegen weisen die handschriftlichen Vermerke auf dem Aufklärungsbogen und dem MVZ-eigenen Beiblatt darauf hin, dass alle Parteien darüber informiert waren, dass der AS ein CI trägt und seine eigene MRT-Abdeckung vom Hersteller samt Anleitung zum Anlegen mitgebracht hat. Den Unterlagen entnimmt der Gutachter auch, dass der Antragsteller vor der Untersuchung keinerlei Kontakt zu einem Arzt gehabt hat. Sowohl der Aufklärungsbogen als auch der Verband wurden von nichtärztlichem Personal ausgefüllt und unterschrieben, bzw. angelegt. Die entsprechende Stelle im Aufklärungsbogen, wo ärztlicherseits hätte unterschrieben werden müssen, ist durchgestrichen. Damit lässt sich für den Gutachter das Anschreiben des AS nachvollziehen, dass vor der Untersuchung kein Arztgespräch stattgefunden hat. Somit ist zu unterstellen, dass die Problematik eines CI nicht ausreichend erörtert und auch nicht alle Fragen hinsichtlich Alternativverfahren zur MRT kompetent beantwortet wurden.

Hinsichtlich der Anlage des Druckverbandes kommt der Gutachter nach ausführlicher Diskussion zu der Feststellung, dass es nicht verständlich sei, dass zu keinem Zeitpunkt der problematischen Anlage des Schutzverbandes ein Arzt hinzugezogen wurde und nicht davon auszugehen sei, dass alle Sicherheitsempfehlungen des Herstellers befolgt wurden. Für den Gutachter ist nicht zweifelsfrei zu klären, ob der Kopfverband fachgerecht angelegt wurde.

Dagegen ist es für ihn Tatsache, dass es während der MRT zu einer Dislokation des Haltemagneten kam und dies eine Operation notwendig machte. Er schränkt ein, dass auch bei fachgerechter Anlage eine Dislokation des Magneten nicht immer zu vermeiden sei. Nachvollziehbar ist es für ihn, dass es nach der Revisionsoperation zu Schmerzen gekommen ist und der AS während der Heilungsphase das CI nicht tragen konnte.

Für den Gutachter und die medizinisch juristische Kommission liegt ein ärztlicher Behandlungsfehler durch eine nicht dem Standard entsprechende Aufklärung vor. Demnach erfolgte die MRT des AS nachweislich ohne eine vom behandelnden Arzt erfolgte Aufklärung, was auch die fehlende Information über die mögliche, weniger risikobehaftete Alternative einer CT betrifft. Nicht zu klären ist, ob ein weiterer Behandlungsfehler im Sinne eines falsch angelegten Kopfverbandes vorliegt, wobei nicht entschieden werden kann, ob der vom Hersteller empfohlene Verband auch korrekt angelegt wurde.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen kommt nach eigenem Studium der Patientenunterlagen und der gutachterlichen Ausführungen zu der abschließenden Feststellung, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt und folgt damit dem Gutachter, dass dieser Fehler kausal zu den erlittenen Folgen des AS geführt hat.



Die Aufklärung des Patienten muss mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt.

Mehrfache Injektionsbehandlungen bei Tennisellenbogen mit zu kurzen Intervallen ohne adäquate Aufklärung und fehlender Behandlungsdokumentation

Ketterl/Aubele

I. Sachverhalt

Wegen bereits länger bestehenden Beschwerden im Bereich beider Ellenbogen verbunden mit einer Schwellung wurde durch den Antragsgegner (AG) die Diagnose einer Epicondylitis humeri radialis beidseits gestellt. Der AG führte als Erstmaßnahme eine Injektionsbehandlung mit Lokalanästhetikum und Cortison auf der rechten Seite und die Rezeptierung einer schmerzlindernden Ellenbogenbandage links durch. Zwei Monate später erfolgte bei der Antragstellerin (AS) wegen erneut starken Ellenbogenschmerzen eine weitere Infiltration am rechten Ellenbogen. Im weiteren Verlauf erfolgten noch vier weitere Injektionsbehandlungen mit Cortison und Lokalanästhetikum am rechten Ellenbogen (zunächst nach einer Woche und dann dreimal mit je einem Abstand von zwei Wochen).

Etwa acht Monate später zeigten sich im Rahmen einer Untersuchung andernorts noch Restbeschwerden verbunden mit Hautverfärbungen (Aufhellung der Haut) und ein Volumendefekt des Subkutangewebes an der ehemaligen Cortison-Infiltrationsstelle. Eine fragliche Sehnennekrose konnte ausgeschlossen werden. Eine operative Maßnahme zur Behebung des Volumendefektes wurde als nicht indiziert eingeschätzt.

II. Antragsbegehren

Die AS beklagt, dass nach Diagnose eines Tennisellenbogens ohne Aufklärung über Nebenwirkung und alternativen Behandlungsmöglichkeiten durch den AG mehrmals Cortison-Injektionen direkt in das Gelenk erfolgten. Diese seien für die AS unsachgemäß gewesen, da beim Einspritzen große Schmerzen aufgetreten waren. Zudem waren nach den Behandlungen Hautveränderungen „weiße Stellen“ verbunden mit einer Überempfindlichkeit aufgetreten, die sich als sehr verletzlich zeigen.

Da Erfolgsaussichten für einen chirurgischen Eingriff als limitiert eingeschätzt werden, müssen die bestehenden Spätfolgen als dauerhaft eingeschätzt werden.

III. Beweisaufnahme und Bewertung

In den durch den AG zur Verfügung gestellten Behandlungsunterlagen besteht eine äußerst lückenhafte Dokumentation. Weder ist ein Untersuchungsbefund noch eine durchgeführte Diagnostik aufgeführt. Lediglich ist die Diagnose Epicondylitis beidseits vermerkt worden. Da die Gutachterstelle keine Beweisaufnahme durchführt, ist von einer unzureichenden Anamnese und Diagnostik auszugehen.

Eine Abweichung vom Behandlungsstandard ergibt sich für die bereits primär durchgeführte Injektionsbehandlung am rechten Ellenbogen ohne vorangegangenen konservativen Behandlungsversuch, so wie er auf der linken Seite durchgeführt wurde. Abweichend von der Leitlinie erfolgte keine erkennbare Aufklärung bezüglich möglicher Nebenwirkungen und Komplikationen sowie über alternative Behandlungsmaßnahmen.

Es ist davon auszugehen, dass die Infiltrationsbehandlungen technisch korrekt durchgeführt wurden, da trotz der häufigen Injektionen keine Hinweise für das Vorliegen einer Infektion aufgetreten waren. Die Behandlung wurde jedoch nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt, da die Injektionen in einem zu kurzen Zeitraum und zu häufig erfolgten. Die empfohlenen zeitlichen Abstände zwischen zwei Injektionen von drei bis vier Wochen wurden missachtet. Auch wurde bei den sechs Injektionen innerhalb weniger als fünf Monaten gegen die Empfehlung von maximal drei bis vier Injektionsbehandlungen pro

Jahr verstoßen. Die letztendlich entstandene Atrophie des Subkutangewebes verbunden mit einem Volumendefekt und einer überempfindlichen und sehr verletzlichen Haut ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die unsachgemäße Injektionstherapie zurückzuführen. Neben einer durch die Grundkrankheit ausge-

lösten Beschwerdesymptomatik wurden dadurch auch lokale Schmerzen ausgelöst. Die entstandenen lokalen Veränderungen sind bei fehlenden erfolgversprechenden Korrekturmaßnahmen als dauerhaft einzuordnen.



Eine lückenlose Dokumentation ist unerlässlich. Aufklärung über Behandlungsalternativen und Nebenwirkungen ist auch bei Injektionsbehandlungen (insbesondere bei Cortison) erforderlich. Die Einhaltung von Leitlinien ist ein unverzichtbarer Bestandteil einer Behandlung.

Nicht legitimierter Eingriff durch nicht erwünschtes Narkoseverfahren

Pratschke/Goller/Fischer

I. Sachverhalt

Der zum Zeitpunkt der Behandlung 71-jährige Antragsteller (AS) litt unter einem intermittierenden Urinverlust, als er sich 12 Jahre nach einer radikalen retropubischen Prostatektomie erstmals beim Antragsgegner (AG) in der urologischen Sprechstunde vorstellte. Nach entsprechender Diagnostik wurde die Diagnose einer Belastungsinkontinenz Grad I und die Indikation zu einer Suspensionsooperation gestellt. Nebenbefundlich bestand beim AS eine Angstneurose.

Eine Woche vor dem acht Wochen nach der Erstvorstellung geplanten Eingriff wurde in der Anästhesieaufklärung im Prämedikationsbogen vermerkt, dass der AS eine Spinalanästhesie wünscht, da ihm eine bekannte postoperative Übelkeit mit Erbrechen nach einer Allgemeinnarkose in schlechter Erinnerung war.

Acht Tage später erfolgte der geplante Eingriff in Intubationsnarkose und Steinschnittlage mit Implantation eines transobturatorischen Bands und einer Urethrololyse. Der Eingriff war durch die Narben nach der Prostatektomie erschwert. Der weitere Verlauf war komplikationslos.

Zwei Wochen nach der Behandlung beim AG war der AS stationär in der Neurologie eines Klinikums andernorts stationär zur Behandlung wegen Insomnie und einer Zunahme der Symptomatik eines vorbekannten Restless-Legs-Syndroms. Dort wurde eine Exazerbation einer vorbekannten Angsterkrankung und depressiver Symptomatik diagnostiziert.

II. Antragsbegehren

Der AS und sein Rechtsanwalt beklagen, dass der AS gegen seinen Willen und ohne Einverständniserklärung eine Intubationsnarkose – statt wie besprochen eine Spinalanästhesie – erhalten habe. Im Anästhesie-Aufklärungsgespräch habe der AS von Anfang an klar gesagt, dass er aus gesundheitlichen Gründen bei der bevorstehenden OP keine Vollnarkose erhalten möchte. Die Ärztin nannte ihm als Alternativen eine Periduralanästhesie oder eine Spinalanästhesie. Der AS habe sich dezidiert für die Spinalanästhesie entschieden und dies mit seiner Unterschrift auf dem Aufklärungsbogen zum Ausdruck gebracht.

Erst unmittelbar vor dem Eingriff sei ihm im OP-Saal gesagt worden, dass eine Spinalanästhesie für seine OP nicht geeignet sei. Noch ehe er auf diese Aussage antworten/reagieren konnte, wurde ihm das Narkosemittel injiziert, worauf er sofort eingeschlafen sei.

Der AS gibt weiter an, nach der OP bereits ab der ersten Nacht, sowie die Wochen danach unter akuter Schlaflosigkeit gelitten zu haben. Auch hätten sich seine Ängste, sein Restless-Legs-Syndrom und die Depression sichtlich zum Negativen entwickelt. Hinzu seien auch noch größere Atemprobleme während der Nacht gekommen, die zuvor nicht bestanden hätten.

III. Beweisaufnahme und Bewertung

Der beauftragte anästhesiologische Gutachter bestätigt die zur Durchführung des urologischen Eingriffs notwendige Anästhesie. Dabei seien sowohl eine Allgemeinanästhesie als auch die vom Patienten gewünschte Spinalanästhesie geeignete Operationsverfahren. Die Aufklärung habe dem aktuellen Standard eines Prämedikationsgesprächs über Allgemein- und Regionalanästhesie entsprochen. Dem Antragsteller wurden beide Verfahren als geeignet empfohlen und mit ihren möglichen Risiken und Komplikationen vorgestellt.

Eine Einwilligung zur Allgemeinanästhesie ist dem vorliegenden Aufklärungsbogen nicht zu entnehmen. Hervorgehoben ist durch Einkreisung die Spinalanästhesie, wobei handschriftlich vermerkt ist, dass der Patient eine Spinalanästhesie möchte. Nachdem auch keine medizinischen Gründe für die Notwendigkeit einer Allgemeinnarkose vorgelegen haben, hat die Kommission dem Gutachter widersprochen, dass eine Legitimation des Antragsgegners durch den Antragsteller auch für eine Vollnarkose (Allgemeinanästhesie) vorgelegen habe.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen kommt zu der abschließenden Auffassung, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt, der in dem Wechsel des Anästhesie-

verfahrens von der gewünschten Spinalanästhesie auf die nicht eingewilligte Allgemeinanästhesie begründet ist. Damit lag auch keine Einwilligung zum operativen Eingriff vor. Da es sich um einen geplanten elektiven Eingriff handelte, hätte der Antragsgegner die Vorbereitungen zum Eingriff im OP abbrechen müssen, den Patienten aufklären und bei den bekannten Angststörungen des Patienten erst nach einer Bedenkzeit operieren können.

Nach ausführlicher Diskussion zu den Ursachen der Beschwerden des Antragstellers stellt der Gutachter fest, dass diese kausal nicht auf die unerwartete Änderung des Anästhesieverfahrens der ursprünglich vom Antragsteller gewünschten Regionalanästhesie zu einer Allgemeinanästhesie zurückgeführt werden können. Eine eindeutige Ursache kann dafür nicht verantwortlich gemacht werden. Überlegungen zur Genese haben einen spekulativen Charakter. Auch durch die zeitliche Koinzidenz der Beschwerdezunahme mit dem OP-Termin lässt sich nicht zwingend auf einen kausalen Zusammenhang mit der durchgemachten Operation und der Anästhesie zurückführen. Ein Zusammenhang zwischen dem durchgeführten Anästhesieverfahren und den vom Antragsteller vorgebrachten Beschwerden und Schäden ließ sich daher nicht nachweisen.



Der präoperative Wechsel eines mit dem Patienten vereinbarten Narkoseverfahrens muss mit dem Patienten rechtzeitig abgesprochen und begründet werden, da sonst der Eingriff nicht legitimiert ist.

Literaturverzeichnis

¹[David J Kennedy, Lisa Huynh, Joe Wong, Ryan Mattie, Josh Levin, Matthew Smuck, Byron J Schneider](#): Corticosteroid Injections Into Lumbar Facet Joints: A Prospective, Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Trial. Am J Phys Med Rehabil 2018 Oct;97(10):741-746. DOI: [10.1097/PHM.0000000000000960](#)

²[Joshua H Levin](#): Prospective, double-blind, randomized placebo-controlled trials in interventional spine: what the highest quality literature tells us. Spine J 2009 Aug;9(8):690-703. doi: 10.1016/j.spinee.2008.06.447

³[Nasir A. Quraishi](#), Transforaminal injection of corticosteroids for lumbar radiculopathy: systematic review and meta-analysis. Eur Spine J. 2012 Feb; 21(2): 214–219 doi: [10.1007/s00586-011-2008-y](#)

⁴[Jeffrey N. Katz, Zoe E. Zimmerman, Hanna Mass, Melvin C. Makhni](#): Diagnosis and Management of Lumbar Spinal Stenosis – A Review. JAMA. 2022;327(17):1688-1699. doi:10.1001/jama.2022.5921

⁵Hansen H, Manchikanti L, Simopoulos TT, Christo PJ, Gupta S, Smith HS, Hameed H, Cohen SP. A systematic evaluation of the therapeutic effectiveness of sacroiliac joint interventions. Pain Physician. 2012 May-Jun;15(3):E247-78. ISSN 2150-1149

⁶Paul G. Matz, R. J. Meagher, Tim Lamer, William L. Tontz, Jr, Thiru M. Annaswamy, R. Carter Cassidy, Charles H. Cho, Paul Dougherty, John E. Easa, Dennis E. Enix, Bryan A. Gunnoe, Jack Jallo, Terrence D. Julien, Matthew B. Maserati, Robert C. Nucci, John E. O'Toole, Karie Rosolowski, Jonathan N. Sembrano, Alan T. Villavicencio, Jens-Peter Witt: Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of degenerative lumbar spondylolisthesis The Spine Journal 16 (2016) 439–448

⁷Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz Kurzfassung 2. Auflage, 2017 Version 1 AWMF-Register-Nr.: nvl-007, zuletzt aufgerufen 23.11.2023 unter <https://www.leitlinien.de/themen/kreuzschmerz>, [Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Leitlinien.de](#)

⁸Stand: 23.11.2023 https://www.gelbe-liste.de/wirkstoffe/Triamcinolon_16585