

Begutachtung von „Hygienefehlern“ – Postoperative Infektionen im Operationsgebiet

Bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), wie bei praktisch jeder Landesärztekammer in Deutschland, existiert eine Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen. Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, bei vermuteten Behandlungsfehlern vor oder anstelle einer Klage die für Bayern zuständige Gutachterstelle bei der BLÄK anzurufen. Die Gutachterstelle klärt gutachterlich, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und der behauptete Gesundheitsschaden durch den Behandlungsfehler verursacht wurde (Votum). Sie ist mit Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete besetzt. Den Vorsitz der Gutachterstelle führen ein Jurist und ein Arzt. An einem Gutachterverfahren sind neben der Patientin bzw. dem Patient auch die Behandlerseite und die zuständige Berufshaftpflichtversicherung beteiligt. Die Beteiligung an einem Verfahren ist freiwillig, das Votum im Ergebnis nicht verbindlich.

Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der BLÄK stellt in einer Reihe von Beiträgen ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit den Themen Hygiene/Infektionen vor. Da Vorwürfe von Patienten gegen die behandelnden Ärzte auf diesem Gebiet relativ selten sind, erfolgt die Darstellung anhand von kurzen Fallbeschreibungen. Auf eine lehrbuchmäßige, umfassende Behandlung der Themen wird bewusst verzichtet. In der Sprache der Gutachterstelle werden der Patient zum „Antragsteller“ und der Arzt zum „Antragsgegner“. Zur Beurteilung der Vorwürfe wird in der Regel ein externer Gutachter befragt. Die Gutachterstelle gibt schließlich in ihrem „Votum“ eine abschließende gutachterliche Stellungnahme ab, in der festgestellt wird, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und ob dieser für den entstandenen Gesundheitsschaden kausal war.

Postoperative Infektionen im Operationsgebiet

Klinisch handelt es sich bei Infektionen im Operationsgebiet oftmals um lebensbedrohliche Komplikationen, die auch bei optimaler Behandlung nicht selten mit Defektheilung oder schweren Schäden einhergehen. Tritt im Rahmen einer Operation eine Infektion auf, nehmen



Foto: contrastwerkstatt – Fotolia.com

manche Patienten laienhaft an, dass diese nur durch mangelhafte Hygiene entstanden sein könne. Dabei verkennen sie, dass auch bei konsequenter Einhaltung der Hygienestandards keine hundertprozentige Keimfreiheit erzielt werden kann und somit auch eine Infektion trotz aller Sorgfalt nicht sicher vermieden werden kann.

Fall 1 (Aktenzeichen 105/09)

Bei der Patientin bestand ein Zustand nach femoro-poplitealem Venenbypass. Aufgrund eines Verschlusses erfolgte der Ersatz des Venenbypasses durch eine Kunststoffprothese. Postoperativ kam es zu einer Infektion im Prothesenlager, die letztlich zur Entfernung der Kunststoffprothese führte. Da hierdurch eine ausreichende Durchblutung der unteren Extremität nicht mehr gegeben war, musste eine Amputation erfolgen. Schließlich kam es zu einer Nachblutung aus dem arrodiierten Gefäßstumpf der Arteria femoralis communis, die zunächst lokal gestillt wurde. Einige Stunden später trat eine weitere Blutung auf, die zu einem Blutungsschock und letztlich zum Tod der Patientin führte.

Der Ehemann der Patientin trägt als Antragsteller vor, dass die Infektion im Prothesenlager durch einen Verstoß des Arztes gegen Hygienestandards verursacht worden sei. Ferner nimmt der Antragsteller an, dass der Tod seiner Frau auf eine fehlerhafte Versorgung des arrodiierten Gefäßes zurückzuführen sei.

Der externe Gutachter hält den Einsatz der Kunststoffprothese für gerechtfertigt. Ferner bestätigt er, dass nach Aktenlage die allgemeinen Hygienestandards bei der Operation erfüllt wurden. Begünstigend für die Infektion waren aus Sicht des Gutachters die bestehende arterielle Verschlusskrankheit, der erneute Eingriff in der Leiste sowie ein Diabetes mellitus Typ II. Als fehlerhaft wird allerdings die räumliche Nähe der Gefäßligatur zum Infektionsgebiet bewertet. Eine zeitgerechte, infektionsferne Gefäßligatur hätte nach Überzeugung des Gutachters die Blutung mit letalem Ausgang mit hoher Wahrscheinlichkeit verhindert. Dieser Auffassung schließt sich die Gutachterkommission in ihrem Votum an.

Fall 2 (Aktenzeichen 850/08)

Aufgrund einer Koxarthrose rechts wurde bei der Antragstellerin eine Totalendoprothese implantiert. Der postoperative Verlauf und die Anschlussheilbehandlung verliefen unauffällig. Nach einem Jahr stellte sich die Antragstellerin mit erneuten Beschwerden beim Antragsgegner vor. Es wurde ein Weichteilinfekt mit Fistelbildung in das Prothesenlager nachgewiesen. Nach erfolgloser lokaler und systemischer Behandlung musste die Prothese entfernt werden.

Die Antragstellerin trägt vor, dass bei der primären Operation durch den Antragsgegner eine Infektion entstanden sei. Sie nimmt an, dass der Antragsgegner zur Vermeidung einer Infektion Antibiotikaketten hätte einlegen müssen.

Seitens der Gutachterkommission wird in der Behandlung kein ärztlicher Behandlungsfehler gesehen. Die Ursachen für Spätinfekte werden im Allgemeinen für operationsimmanent gehalten. Eine entsprechende Risikoauflärung war erfolgt. Die Einlage von Antibiotikaketten wird nicht als ärztlicher Standard zur Infektionsprophylaxe gesehen.

Fall 3 (Aktenzeichen 393/09)

Bei der Antragstellerin wurde aufgrund eines Gallensteinleidens mit Cholezystitis durch den Antragsgegner eine Cholezystektomie vorgenommen. Die Operation wurde laparoskopisch begonnen und wegen operationstechnischer Schwierigkeiten offen fortgesetzt. Der postoperative Verlauf war – bis auf eine oberflächliche postoperative Wundheilungsstörung – unauffällig, die Entlassung erfolgte zeitgerecht. Eine Woche nach der Entlassung wurde die Antragstellerin beim Antragsgegner mit Fieber, Leukozytose und Abgeschlagenheit erneut aufgenommen. Die weiterbestehende Wundheilungsstörung wurde lokal behandelt und die Antragstellerin nach einem Tag wieder entlassen. Am darauf folgenden Tag wurde sie anderenorts aufgenommen. Dort erfolgte eine Relaparotomie mit Entleerung eines subhepatischen Abszesses und Nachweis einer Zystikusstumpfsuffizienz. Der Zystikus wurde übernäht und eine Drainage eingelegt.

Aufgrund des Wiederauftretens der Zystikusstumpfsuffizienz wurde gastroscopisch eine Stenteinlage vorgenommen.

Die Antragstellerin sieht vor allem in der Nichteinlage einer Wunddrainage im Gallenblasenbett nach Entfernung der Gallenblase die Ursache für die subhepatische Infektion und die nachfolgende Zystikusstumpfsuffizienz.

Die Begutachtung bestätigt die gegebene Indikation und bewertet die Durchführung der Operation und die postoperative stationäre Betreuung als „lege artis“. Sie sieht aber in der eintägigen stationären Behandlung der Antragstellerin bei der Wiederaufnahme einen ärztlichen Behandlungsfehler: Fehlerhaft war vor allem das Unterlassen einer weiterführenden Diagnostik, zum Beispiel mittels Ultraschall.

Die Begutachtungen zeigen, dass Behandlungsverläufe mit Infektionen im Operationsgebiet, die der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen zur Begutachtung vorgelegt werden, oftmals als schicksalhaft und nicht durch einen ärztlichen Behandlungsfehler bedingt bewertet werden. Die externen Gutachter weisen immer wieder darauf hin, dass zum Beispiel noch nicht wissenschaftlich ausreichend geklärt ist, warum es zu Spätinfekten bei der Implantation von Totalendoprothesen kommt. Postoperative Infektionen sind vor diesem Hintergrund für den Laien noch schwerer verständlich. Es liegt besonders für den „internetgebildeten“

Patienten nahe, die in den Fachdisziplinen kontrovers diskutierten „Hilfsmittel“ zur Verhütung von Infektionen wie Drainagen oder perioperative Antibiotika-Applikationen als bereits gesicherten ärztlichen Standard anzusehen und deren Einsatz einzufordern. Nach Auffassung der Gutachterkommission liegt es grundsätzlich im pflichtgemäßen Ermessen des Operateurs, über den Einsatz oder Nichteinsatz derartiger Hilfsmittel zu entscheiden.

Der Schlüssel für eine erfolgreiche Behandlung einer Infektion im Operationsgebiet ist der Zeitpunkt der Diagnosestellung. Nur bei frühzeitiger Diagnose ist auch eine adäquate Therapie möglich. Folgeschäden durch die Infektion können hierdurch oftmals gering gehalten werden. Besondere Beachtung verdient dabei, wie im Fall 1 gezeigt, die Behandlung septischer Blutungen aus Gefäßnähten und Anastomosen.

Besonderes Augenmerk sollte auf Patienten gerichtet werden, die besondere Infektionsrisiken durch Begleiterkrankungen aufweisen, zum Beispiel Diabetes mellitus, Durchblutungsstörungen, Hypertonie, Adipositas usw. Empfehlenswert wäre es, Patienten mit entsprechenden Begleiterkrankungen auf ein erhöhtes Infektionsrisiko hinzuweisen und dies auch zu dokumentieren.

Dr. Christian Schlesiger, Alban Braun (beide BLÄK), Professor Dr. Bernulf Günther, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der BLÄK

Im Bereich Hygiene existieren verschiedene einschlägige Vorschriften, Empfehlungen usw. Beispielhaft und ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien genannt:

- Infektionsschutzgesetz – IfSG (www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html)
- (Bayerische) „Verordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Hygieneverordnung)“ www.lgl.bayern.de/gesundheits/doc/hygiene_verordnung.pdf
- „Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ des Robert Koch-Instituts (www.rki.de)
- „Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ (KRINKO) beim Robert Koch-Institut
- Richtlinien für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Arbeitskreises „Krankenhaus- und Praxishygiene“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – AWMF (<http://awmf.org/>)