

Erblindung nach Schulter-Operation

Grenzen der Risikoaufklärung

von Dr. med. Marion Wüller und Dr. jur. Burkhardt Spannhorst¹

Meistens führen Krankheitskomplikationen zu Anträgen bei der Gutachterkommission. Ein unerwünschtes Ereignis tritt ein und verhindert den erwarteten, unkomplizierten Heilungsverlauf. Der Patient und seine Angehörigen, die durch das Krankheitsgeschehen ohnehin beschwert sind, sehen sich zusätzlichen Belastungen ausgesetzt. Dem Patienten drängt sich die Frage auf: War ein Behandlungsfehler ursächlich für den ungünstigen Verlauf der Erkrankung? Hätten Untersuchungen durchgeführt oder andere Therapiemaßnahmen ergriffen werden müssen, um die Komplikation zu verhindern? War die Komplikation vermeidbar oder schicksalhaft? Hätte man den Patienten nicht eingehender über die behandlungsimmanenten Risiken informieren müssen? Er hätte sich dann womöglich anders – zum Beispiel gegen eine Operation – entschieden.

Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass Patienten über mögliche Komplikationen im Zusammenhang mit einem ärztlichen Eingriff aufgeklärt werden. Nur der aufgeklärte Patient kann in eine Behandlung einwilligen. Die Aufklärung muss stets mündlich durch den Arzt erfolgen, der den Eingriff durchführen wird, oder durch eine Person, an die er diese Aufgabe delegiert. Diese Person muss über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügen. Bei dem Aufklärungsgespräch kann auf schriftliche Unterlagen Bezug genommen werden. Das Aufklärungsgespräch muss rechtzeitig stattfinden, damit der Patient seine Entscheidung wohlüberlegt treffen kann.²

Bei der Entscheidung, über welche Risiken aufgeklärt werden muss, spielt die statistische Häufigkeit keine Rolle. Der Patient muss auch über ein sehr seltenes Risiko aufgeklärt werden, wenn dieses dem Eingriff spezifisch anhaftet, es für den Laien überraschend ist und seine Lebensführung durch die Verwirklichung dieses Risikos schwer belastet würde.³

Ist in der medizinischen Literatur und Praxis unbekannt, dass der Eingriff den beim Patienten konkret aufgetretenen Gesundheitsschaden nach sich ziehen kann, haftet dieses Ri-

siko dem Eingriff nicht spezifisch an; darüber ist daher nicht aufzuklären.

Wenn sich nach einem Eingriff das Risiko einer Komplikation tatsächlich verwirklicht – sei es erwartet oder unerwartet – stellt dies immer eine kritische Mehrbelastung für alle Betroffenen dar. Nach einem nichtaugenärztlichen Eingriff blind aus einer Narkose zu erwachen, ist ein katastrophales Ereignis für den Patienten, Chirurgen und Anästhesisten.⁴

Kasuistik

Ein 57-jähriger Patient wandte sich an die Gutachterkommission und beantragte die Überprüfung eines möglichen Behandlungsfehlers. Der zu prüfende Sachverhalt lag zwei Jahre zurück. Der Patient hatte sich beim Heben einer Metallrolle einen Riss der Supraspinatus- und Subscapularissehne zugezogen. Aufgrund dieser Diagnose wurde die Indikation zur diagnostischen Schulterarthroskopie und anschließenden offenen Refixation der gerissenen Sehnen gestellt.

Der Antragsteller wurde zur Operation in die stationäre Behandlung aufgenommen. Als Begleiterkrankungen lagen vor: Adipositas per magna, Hypertonie, Diabetes mellitus und beidseitiger Exophthalmus. Nach üblicher Vorbereitung wurde er in Vollnarkose und Beach-Chair-Lagerung operiert. Die Operation dauerte zwei Stunden und 15 Minuten. Als der Antragsteller aus der Narkose erwachte, bemerkte er einen Sehverlust auf beiden Augen. Sofort folgten umfangreiche augenärztliche, neurologische und bildgebende Untersuchungen. Auf Empfehlung des augenärztlichen Konsiliarius erhielt der Antragsteller Infusionen zur Hämodilution, Kortison und Diamox. Es wurde Kontakt zur nächstgelegenen Augenuniversitätsklinik aufgenommen. Nach Schilderung der Befunde und eingeleiteten Maßnahmen wurde seitens der Universitätsklinik keine Notwendigkeit zur sofortigen und unmittelbaren Übernahme des Patienten noch in der Nacht gesehen.

Die Verlegung des Antragstellers erfolgte in den frühen Morgenstunden des nächsten Ta-

ges. Während des eintägigen Aufenthaltes in der Universitätsklinik wurde die Diagnose eines beidseitigen Zentralarterienverschlusses, die der konsiliarisch tätige Augenarzt bereits vermutet hatte, gestellt. Auch hier erfolgte die Gabe von Diamox ergänzt durch Cefalozin. Nach der Rückverlegung in das Heimatkrankenhaus erfolgten weitere umfassende Untersuchungen von Kopf und Hals, ohne dass hierbei weitere pathologische Befunde erhoben wurden. Die Sehkraft des Antragstellers besserte sich nicht. Er wurde drei Wochen später im Zustand der dauerhaften Erblindung aus der stationären Behandlung entlassen.

Der Antragsteller warf den Ärzten in seinem Antrag vor, sie hätten ihn nicht schnell genug in die Universitätsklinik verlegt. Außerdem hätten sie ihn im Aufklärungsgespräch nicht auf die Möglichkeit der Erblindung hingewiesen.

Die von den Vorwürfen betroffenen Ärzte schilderten in einer Stellungnahme ausführlich den Krankheitsverlauf. Sie trugen vor, bei der Beach-Chair-Lagerung seien die Augen mit Kompressen gepolstert worden. Eine elastische Wickel sei anschließend um Kopf und Kopfschale geführt worden. Die Operation als solche sei völlig problemlos verlaufen. Insbesondere wiesen sie weiter darauf hin, dass sie unmittelbar nach Bekanntwerden der Erblindung umfangreiche Untersuchungen eingeleitet hätten und dass seitens der Augenuni-

¹ Dr. med. Marion Wüller ist Ärztin, Dr. jur. Burkhardt Spannhorst Vorsitzender der Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Westfalen-Lippe

² Die Aufklärungspflichten und die Wirksamkeit der Einwilligung in eine medizinische Maßnahme sind in § 630e und § 630d Abs. 2 BGB geregelt. Weitere Informationen finden Sie in Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 11. Auflage, Rdn. 466f und unter: http://www.aekwl.de/fileadmin/rechtsabteilung/WÄB0313_Patientenrechtegesetz_01.pdf

³ z. B. VersR 2010, 115 (116) = MedR 2010, 494f = GesR 2010, 19f

⁴ Nancy J. Newman, „Perioperative Visual Loss After Nonocular Surgeries“, Am J Ophthalmol. Apr 2008; 145(4): 604–610
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2989384/>
aufgerufen am 11.6.2014

versitätsklinik eine sofortige Verlegung in der Nacht zwar angeboten, aber nicht für nötig erachtet worden sei.

Die Ärzte stellten weiter dar, dass die eingetretene Komplikation einer postoperativen Amaurosis ein äußerst seltenes Ereignis sei. Wenn überhaupt, sei diese Komplikation im Zusammenhang mit operativen Wirbelsäuleneingriffen in Bauchlage oder kardiochirurgischen Eingriffen beobachtet worden. Einer Aufklärung über dieses Risiko habe es deshalb nicht bedurft.

Zwei ärztliche Mitglieder der Gutachterkommission aus dem Fachgebiet Unfallchirurgie haben sich ausführlich mit dem Sachverhalt, so wie er sich aus den Angaben der Beteiligten und der Behandlungsdokumentation ergab, kritisch auseinandergesetzt und nacheinander ihre Gutachten erstattet. Nach diesen Gutachten wurde der Patient sorgfältig und sachgerecht behandelt. Sie stellten keinen Behandlungsfehler fest.

Die Gutachterkommission folgte den beiden Sachverständigen in der abschließenden Entscheidung. Diese hatten die Korrektheit der Indikationsstellung für die Schulteroperation zur Sanierung der Rotatorenmanschettenruptur nicht in Frage gestellt. Sie führten weiter aus, die Durchführung der Operation, dargelegt in einem umfassenden und schlüssigen Operationsbericht, und die Lagerung des Patienten lasse keine Fehler erkennen. Die Beach-Chair-Lagerung, so wie sie durchgeführt worden sei, entspreche der zum Zeitpunkt der Behandlung gebräuchlichen und in der Literatur empfohlenen Lagerungstechnik. Sie sei deshalb nicht zu beanstanden; wenn auch heute mehr eine Lagerung im gepolsterten Helm empfohlen würde, um Druckschäden zu vermeiden.

In der Dokumentation finde sich auch intra- oder postoperativ kein Hinweis für einen Blutdruckabfall mit der möglichen Folge von Perfusionsschäden. Das Narkoseprotokoll lasse für den gesamten Verlauf der Operation stabile Kreislaufverhältnisse erkennen. Die Blutdruckwerte hätten für den Zeitraum des Eingriffes zwischen 100 mmHg und 120 mmHg gelegen, der Puls zwischen 70 und 90 Schlägen pro Minute. Die Sauerstoffsättigung sei mit 97 bis 99 Prozent dokumentiert. Auch im Aufwachraum sei der Patient stabil ge-

wesen. Er habe spontan suffizient geatmet, sei wach und voll orientiert gewesen und schmerzfrei bezüglich der Schulter. Er habe jedoch über frontal betonte Kopfschmerzen geklagt. Deutlich habe der bekannte Exophthalmus beidseits klinisch imponiert. Licht- und Konvergenzreaktion der divergierenden Pupillen hätten gefehlt. Das Protokoll verzeichnet weiter: „Der Patient sieht nichts. Alles ist schwarz.“

Die ärztlichen Gutachter sehen auch keine Fehler in der postoperativen Behandlung, nachdem die Erblindung zu Tage getreten sei. Unmittelbar nachdem der Antragsteller den Visusverlust beklagt habe, seien Konsiliaruntersuchungen durch einen Augenarzt und einen Neurologen erfolgt sowie eine CT-Untersuchung des Kopfes und eine Angiographie der intrakraniellen Arterien im Spiral-CT durchgeführt worden. Zusammenfassend sei dann der Verdacht auf einen postoperativen Visusverlust bei Zentralarterienverschluss beidseits geäußert worden.

Auch die Verlegung des Antragstellers sei zeitgerecht erfolgt. Eine sofortige Verlegung wäre – bei allem Verständnis dafür, dass sie dem Antragsteller in seiner Not erforderlich erschienen sei – aus ärztlicher Sicht nicht nötig gewesen.

Die Ursache für das Eintreten dieser tragischen Komplikation sei und bliebe letztendlich wohl unklar. Aus den Unterlagen sei nicht zu erkennen, dass die Komplikation durch ein fehlerhaftes ärztliches Verhalten verursacht oder mit verursacht wurde.

Schließlich liege auch kein Aufklärungsfehler vor. Die Aufklärung sei sorgfältig dokumentiert. Der Aufklärungsbogen enthalte eine ausführliche Beschreibung der geplanten operativen Eingriffe sowie eine ausführliche Darlegung denkbarer Komplikationen. Neben lokalen Komplikationen im Operationsgebiet seien allgemeine Risiken wie thromboembolische Ereignisse und bleibende Organschäden erwähnt.

Nach den begründeten Ausführungen beider Gutachter sei die eingetretene Komplikation als Folge des Eingriffes so ungewöhnlich und so selten, dass sie nicht zu den typischen aufklärungspflichtigen Komplikationen gehöre. Eine Verletzung der Aufklärungspflicht liege

nicht vor, da die Komplikation einer Schulteroperation nicht typisch anhafte. Die Gutachterkommission ist dabei unter Beachtung der von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen an den Umfang der Aufklärungspflicht und unter Berücksichtigung der Ausführungen der Gutachter davon ausgegangen, dass es in der medizinischen Praxis und Literatur unbekannt ist, dass der durchgeführte Eingriff bei dem Patienten einen Sehverlust nach sich ziehen kann. Die Gutachter, für die ein kausaler Zusammenhang unerklärlich ist, haben weder ausgeführt, dass das Erblindungsrisiko als Folge des konkreten operativen Eingriffes in der medizinischen Wissenschaft ernsthaft diskutiert wird noch haben sie einen praktischen Fall geschildert, in dem sich dieses Risiko bereits einmal realisiert hat.

Die ärztlichen Gutachter gaben ihrem Bedauern über die bei dem Patienten eingetretene akute postoperative beidseitige Erblindung deutlich Ausdruck.

AUFKLÄRUNG

Was Patienten über die Aufklärung wissen sollten:

<http://www.patientenberatung-wl.de/index.php?id=4803>

Weitere Informationen zu den Aufklärungspflichten gibt es im Internetangebot der Ärztekammer Westfalen-Lippe: http://www.aekwl.de/fileadmin/rechtsabteilung/WÄB0313_Patientenrechte-gesetz_01.pdf