

01.11.2013 Safety Clip

## Safety Clip: Indikation zur Arthroskopie – Vom Schaden zur Prävention

*M. Hartmann, J. Jaklin*



Die ärztliche Behandlung ist stets auf Heilung ausgerichtet. Dieses Ziel wird jedoch nicht immer erreicht. Manchmal kommt es zu einer unerwünschten – mitunter vermeidbaren – Schädigung der behandelten Person. Die Gründe sind unterschiedlicher Natur. Umso wichtiger ist es, aus Situationen, die zu einem Patientenschaden geführt haben, Erkenntnisse zur Verbesserung der Behandlungsabläufe zu gewinnen, um Wiederholung derartiger Ereignisse zu vermeiden.

Die nachfolgend dargestellten Kasuistiken, die arthroskopische Operationen betreffen, zeigen Risiken, die vorab identifiziert werden müssen, um daraus klinische Präventionsmaßnahmen abzuleiten.

### Fall 1:

Nach einem Arbeitsunfall stellt sich der 51-jährige Patient mit Schmerzen in der Schulter in der Notaufnahme vor. Mittels Röntgenuntersuchung wird eine Fraktur ausgeschlossen. Im weiteren Verlauf werden ein MRT und ein CT gefertigt. Aufgrund des Verdachts einer Bizeps-Sehnenruptur wird eine Arthroskopie der Schulter vorgenommen. Intraoperativ bestätigt sich der Verdacht jedoch nicht. Der Eingriff wird als explorative OP beendet.

Eine in der Folge vorgenommene Re-Arthroskopie bringt die Ruptur schließlich doch noch ans Licht. Der Patient beanstandet die zusätzliche OP und die Verzögerung des Heilungsverlaufs.

Im Verfahren vor der Schlichtungsstelle stellt der Gutachter die Indikation zur Operation dar. Der Fachmann bearbeitet die Ruptur intraoperativ korrekt gewählt worden sei, sodass die Ruptur intraoperativ

Der Versicherer hat mittlerweile 17.000 € gezahlt.

## Fall 2:

Aufgrund eines Sturzes aufs Knie ist bei dem 69-jährigen Patienten eine Schürfwunde vom Vortag auf. Um einen – gezielten – Eingriff erfolgt eine Kniegelenksspiegelung. In der Folge entwickeln sich Multiorganversagen, an dem der Patient schließlich stirbt.

Der Sachverständige kommt zu dem Schluss, dass die Verletzungen bereits unmittelbar nach dem Unfall andernorts abgesehen. Begleiterkrankungen des Patienten (Diabetes mellitus) sind nicht

Zur Abklärung eines möglichen Kniebinnenschadens vor dem Unfall sind MRT-Maßnahmen (MRT) vorrangig gewesen.

Das Gericht bewertet deshalb den gesamten Verlauf als einen Schaden in Höhe von 65.000 €.

## Fall 3:

Wegen anhaltender Schmerzen im linken Knie erfolgt eine Kniearthroskopie unter Allgemeinanästhesie. Eine Knorpelglättung und eine Meniscektomie werden durchgeführt. Später wird der Patient wegen akuten Leberversagens (ANA-positiv) diagnostiziert und in der Folge immobilisiert.

Im Verfahren vor der Gutachterkommission kommt der Sachverständige zu dem Schluss, dass die Laborwerte hätten stark erhöhte Leberenzymwerte gezeigt. Diese Anzeichen hätten Ösophagusvarizen

Diese Anzeichen eines sich anbahnenden Leberversagens hätten bei der Planung des elektiven Eingriffs nicht hinreichend berücksichtigt worden. Eine präoperative Abklärung bedurft, sodass die Arthroskopie – zumindest

## „Primum non nocere“: Aktiv Schädigung vermeiden

Den gebetsmühlenartig zitierten Grundsatz „primum non nocere“ (lat. „zuerst einmal nicht schaden“). Ist dieser Satz zu verstehen? Ist dieser Satz zu verstehen durch *Nicht-Tun* abzuwenden?

Eine Person kommt zur ärztlichen Konsultation und klärt im Bereich des Schultergelenks nach einem Arbeitsunfall. Die erkrankte Person betritt das Behandlungszimmer mit dem Wunsch, befreit zu werden oder doch wenigstens Linderung zu erfahren.

Da der tägliche Auftrag an den Behandelnden lautet, Schmerzen zu lindern, erscheint der Ansatz des *Nicht-Tuns* wenig zielführend.

Prävention bedeutet, aktiv Maßnahmen zu ergreifen, um einer Situation zu verhindern. Das Postulat „primum non nocere“ (zuerst nicht schaden) besagt, dass etwas zu tun sei, damit kein Schaden einträte.

## Prävention: die Indikation auf eine Operation

Die drei geschilderten Fälle unterscheiden sich in der Ätiologie. Die Indikationsstellung besteht in der gutachterlichen Einschätzung der Indikation. In allen drei Fällen urteilen die Sachverständigen im Zusammenhang zu dem nachfolgenden negativen Verurteilungsbescheid.

## Wären die Schäden vermeidbar gewesen?

Betrachtet man alle drei Fälle in der Rückschau unter Berücksichtigung der jeweils relevanten Parameter, die die Indikation für die Durchführung der Operation bilden. Mit anderen Worten: Die Indikationen für die Durchführung der Operationen sind bereits vor den Eingriffen als Fehlentscheidungen zu bewerten.

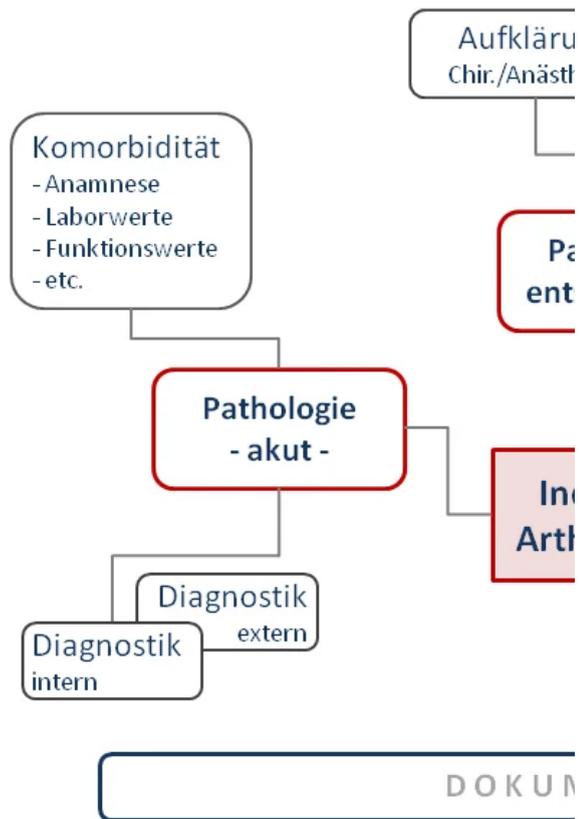
## Fall 1 – Rückschau und Prävention

In Fall 1 bewertet der Gutachter die Art des Eingriffs als nicht indiziert. Die Indikation für die Durchführung der Operationen ist bereits vor den Eingriffen als Fehlentscheidungen zu bewerten. Da der Operateur sich aufgrund der anatomischen Gegebenheiten nicht geeinigt hat, ist die Indikation für die Durchführung der Operationen bereits vor den Eingriffen als Fehlentscheidungen zu bewerten.

Über das postoperative Ergebnis hinaus enthält Fall 1 eine weitere Information: Der Patient äußert sich unzufrieden mit dem Ergebnis der Operation. Die Erwartungen weichen vom tatsächlichen Ergebnis der Operation ab. Der Anästhesist im Vorfeld der OP mit ihm gesprochen hat.

Die drei entscheidenden Faktoren, Pathologie, Patientensituation und Indikationsstellung beitragen (siehe Grafik), hat das Ergebnis der Operation beeinflusst. Im Sinne eines *aktiven Nicht-Schädigen* der Patientensituation. Widersprüchen der bildgebenden Diagnostik (MR, klinische Untersuchung) nichtinvasiven Befunderhebung klären müssen. Es besteht die Möglichkeit, Arthroscopien heute nur noch in wenigen Ausnahmefällen durchzuführen.

Abb. 1: Beeinflussende Faktoren der Indikationsstellung



Der Einsatz vorhandener Therapiemöglichkeiten wird vorab geklärt sein, ob die Therapie zielführend und nachvollziehbar ist. Beides verneint der Gutachter in Fall 1. V (Sehennaht) hätten die Heilungschancen verbessert. zu lassen, habe in erster Linie auf der Erwartung einer arthroskopische Intervention bei chronisch vorgeschädigten Gelenken in keiner Weise gerecht.

Prävention heißt, dass Behandelnde sich fragen müsse, ob die Indikation evidenzbasiert? Lautet die Antwort – wie hier – nein, so

## Fall 2 – Rückschau und Prävention

Wenden wir ein solches Präventionsmodell auf Fall 2 an? Eine Indikation zur Arthroskopie nicht gestellt werden konnte, da eine Blutungsquelle zu identifizieren, da der blutige Gelenkerguss entstanden war und sich kein neuer Erguss gebildet hatte. Die Indikationsstellung zur Arthroskopie keine Berücksichtigung

Aus der Dokumentation geht hingegen hervor, dass die Flüssigkeitsansammlung zum dritten Mal punktiert wurde. Im Verlauf des Klinikaufenthaltes wurde die Knie besiedelt. Das Knie musste wiederholt offen revidiert werden.

Die allgemeinen Komorbiditätsparameter (Diabetes, Hypertonie) sind in der Indikationsstellung nur unvollständig berücksichtigt worden. Mykosen bzw. Dekubitalgeschwüre bei leicht irritabler Haut sind nicht berücksichtigt.

Im Gutachten wird konstatiert, dass der Patient starb. Die postoperative Analyse unter Berücksichtigung der beeinflussenden Faktoren zeigt erhebliche Schäden, dass eine präventive Aktion unterblieb, nämlich die präventive Operation. Der Krankheitsverlauf nach der Arthroskopie die entscheidend war.

## Fall 3 – Rückschau und Prävention

Dasselbe gilt für Fall 3. Auch hier hat die unzureichende Berücksichtigung der chronischen Veränderung der Leberfunktion den Verlauf beeinflusst. In diesem Verfahren wird im Übrigen hervorgehoben, dass die Indikation zur Arthroskopie und dabei die Anästhesie berücksichtigt werden, gleich dem Anästhesisten, der seinerseits verantwortlich ist. Auch er hat die Zeichen einer schweren Nierenfunktionsstörung mit eingebaut.

## Kann ein Präventionsmodell eine Fehlentscheidung verhindern?

Ein Modell wird helfen können, das Auftreten eines Fehlentscheidungs. Ein schematischer Ansatz bietet eine Routine, eine Sortierfunktion und evidenzbasierte Therapieform stellen zu können. (s. u.).

Ein solcher Präventionsansatz kann dazu beitragen, alle Indikationsstellung systematisch zu berücksichtigen,

1. Die akute Pathologie ist eindeutig geklärt.  
Die Diagnostik ist vollständig und liefert sichere Ergebnisse.
2. Die Anamnese ist erhoben.  
Klinische Parameter liegen vor und sind bei der Indikation berücksichtigt.  
Komorbiditäten sind geklärt und berücksichtigt.
3. Therapiemöglichkeiten sind ausgelotet (evtl. Ressourcen sind abgeklärt).  
Das Therapieziel ist formuliert.

- Die Patientenentscheidung basiert auf realistischen Erwartungen und wesentlicher Information zur gewählten Therapieform sowie zu deren Alternativen.
- Die *Indikation* zur Arthroskopie ist motiviert.  
Der Entschluss zum Eingriff ist, einschließlich der wichtigsten Teilschritte, vollständig dokumentiert.

Als Zusatznutzen wird die Standardisierung der Indikationsstellung eine Verbesserung bei der Validierung von Therapieformen mit sich bringen. Die Variabilität in der medizinischen Behandlung beruht auf der „Inhomogenität“ der behandelten Population, zum anderen aber auch auf der nicht immer standardisierten Entscheidung zur Therapie. Wird die hier beschriebene oder eine ähnliche Systematik zur Indikationsentscheidung genutzt, sollte dieses förderlich sein, Risikogruppen unter den Patientinnen und Patienten zu identifizieren. Die systematische Dokumentation der Indikationsstellung wird die Behandlungskontinuität, und damit die Patientensicherheit, gewährleisten.

Der Leitsatz „primum non nocere“ kann daher als eine „pro-aktive“ und schadenspräventive Indikationsstellung interpretiert werden. Die wesentlichen, den Krankheitsverlauf beeinflussenden Faktoren werden systematisch abgearbeitet, bevor der weitreichende nächste Schritt unternommen wird.

Das beschriebene Präventionsmodell hat nicht den Anspruch, ein „Allheilmittel“ gegen Fehlentscheidungen zu sein. Aber es kann helfen, sie zu reduzieren.

## Interessante Literatur zum Thema

Bohensky, Megan A. et al.(2013). Adverse Outcome Associated With Elective Knee Arthroscopy: A Population-Based Cohort Study. *Arthroscopy* 29 (4) 716-725

Bohensky, Megan A. et al (2012). Trends in elective knee arthroscopies in a population-based cohort, 2000-2009. *MJA* 197 (7) 399-403

Schweizer, Marin et al. (2013). Effectiveness of a bundled intervention of decolonization and prophylaxis to decrease Gram positive surgical site infections after cardiac or orthopedic surgery: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 346:f2743

Gurusamy, Kurinchi Selvan et al. (2013). Antibiotic prophylaxis for the prevention of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) related complications in surgical patients.

Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 8 Art. No.: CD010268

Regauer, M.; Neu, J. (2012). Infektion nach arthroskopischer Kreuzbandersatzplastik: schwerer Behandlungsfehler? *Unfallchirurg* 115:844-847

Marmor, S. (2009). Joint infection after knee arthroscopy: Medicolegal aspects. *Orthopaedics & Traumatology* 95,278-283

## Autoren des Artikels



### **Mechtild Hartmann**

GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH  
Klingenbergstr. 4  
32758 Detmold

[> kontaktieren](#)



### **Johannes Jaklin**

Fachanwalt für Medizinrecht  
Leiter Abteilung Schaden Krankenhaus  
Ecclesia Versicherungsdienst GmbH  
Ecclesiastraße 1-4  
32758 Detmold

[> kontaktieren](#)