

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 – ge- erfolgt eine Kniegelenksspiegelung. In der Folge entwi- Multiorganversagen, an dem der Patient schließlich st

Der Sachverständige kommt zu dem Schluss, dass die bereits unmittelbar nach dem Unfall andernorts abgelaufene Begleiterkrankungen des Patienten (Diabetes mellitus) gesprochen.

Zur Abklärung eines möglichen Kniebinnenschadens vorgegriffen. Maßnahmen (MRT) vorrangig gewesen.

Das Gericht bewertet deshalb den gesamten Verlauf als 65.000 €.

## Fall 3:

Wegen anhaltender Schmerzen im linken Knie erfolgt eine Allgemeinanästhesie. Eine Knorpelglättung und eine Menis- später wird der Patient wegen akuten Leberversagens (ANA-positiv) wird diagnostiziert und in der Folge imm

Im Verfahren vor der Gutachterkommission kommt der Laborwerte hätten stark erhöhte Leberenzymwerte ge- Jahren bekannt gewesen. Zudem hätten Ösophagusva

Diese Anzeichen eines sich anbahnenden Leberversages elektiven Eingriff nicht hinreichend berücksichtigt wor- Abklärung bedurft, sodass die Arthroskopie – zuminde

## „Primum non nocere“: Aktiv Schäd

Den gebetsmühlenartig zitierten Grundsatz „primum i- „zuerst einmal nicht schaden“. Ist dieser Satz zu v- durch *Nicht-Tun* abwenden?

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, Patienten zu heilen, 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) ist etwas zu tun sei, damit kein Schaden einträte.

## Prävention: die Indikation auf eine Operation

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

## Wären die Schäden vermeidbar gewesen?

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

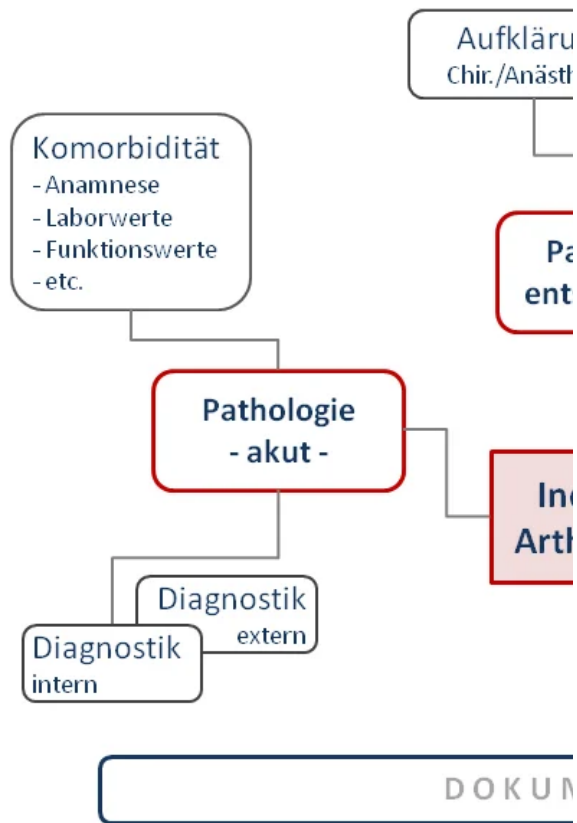
## Fall 1 – Rückschau und Prävention

In Fall 1 bewertet der Gutachter die Art des Eingriffs als eine Operation, die gestanden hätten, mit denen die Arbeitsdiagnostik bestätigt hätte werden können. Da der Operateur sich aufgrund der anatomischen Gegebenheiten nicht geeignet hat, führt Fall noch ein zweites Moment an, das zur suboptimalen Ergebnis beigetragen hat.

Über das postoperative Ergebnis hinaus enthält Fall 1 eine weitere Information, die das Ergebnis beigetragen hat: Der Patient äußert sich unzufrieden, da die Erwartungen vom tatsächlichen Ergebnis der Operation abweichen. Der Anästhesist im Vorfeld der OP mit ihm gesprochen hat.

Die drei entscheidenden Faktoren, Pathologie, Patienteneigenschaften und die Indikationsstellung beitragen (siehe Grafik), hat das bei der Operation. Im Sinne eines *aktiven Nicht-Schädigens* der Patienten, die 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 h vorab geklärt sein, ob die Therapie zielführend und nac rechtfertigen. Beides verneint der Gutachter in Fall 1. V (Sehnennaht) hätten die Heilungschancen verbessert. zu lassen, habe in erster Linie auf der Erwartung einer ! arthroskopische Intervention bei chronisch vorgeschä Erwartungen in keiner Weise gerecht.

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

## Fall 2 – Rückschau und Prävention

Wenden wir ein solches Präventionsmodell auf Fall 2 a Indikation zur Arthroskopie nicht gestellt werden konr eine Blutungsquelle zu identifizieren, da der blutige G worden war und sich kein neuer Erguss gebildet hatte. Indikationsstellung zur Arthroskopie keine Berücksich

Aus der Dokumentation geht hingegen hervor, dass die Flüssigkeitsansammlung zum dritten Mal punktiert wurde. Im Verlauf des Klinikaufenthaltes wurde die Infektion. 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.

Im Gutachten wird konstatiert, dass der Patient starb, obwohl eine Analyse unter Berücksichtigung der beeinflussenden Faktoren durchgeführt wurde. Der Schaden, dass eine Aktion unterblieb, nämlich die präventive 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 Schaden verursacht. In diesem Verfahren wird im Übrigen hervorgehoben, dass der Chirurg die Indikation zur Arthroskopie und dabei die Komorbiditäten berücksichtigen, gleich dem Anästhesisten, der seinerseits verantwortlich war. Auch er hat die Zeichen einer schweren Lebererkrankung mit eingebaut.

## Kann ein Präventionsmodell eine Fehlerquelle verhindern?

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

Ein solcher Präventionsansatz kann dazu beitragen, alle relevanten 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 Indikationsstellung berücksichtigt. Komorbiditäten sind geklärt und berücksichtigt.
3. Therapiemöglichkeiten sind ausgelotet (evtl. auch alternative 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](#)