

# Ambulante Kniegelenkoperation

*Prä- und postoperative Versäumnisse – Folge 32 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“*

*von Herbert Weltrich und Wilfried Fitting\**

**D**as ambulante Operieren nimmt in der medizinischen Praxis einen immer breiteren Raum ein. Dabei ist es selbstverständlich, dass der Patient auch insoweit einen Anspruch auf eine Therapie hat, die dem derzeitigen allgemeinen wissenschaftlichen Kenntnisstand und dem „fachlichen Standard“ entspricht. Von praktischer Bedeutung sind neben der Indikationsprüfung und der gebotenen sorgfältigen Planung der fachgerechten Durchführung des operativen Eingriffs die jeweils notwendigen präoperativen Untersuchungen und Feststellungen, die Dokumentation der ärztlichen Behandlung sowie die umfassende Aufklärung über den Eingriff und seine Risiken. Zu prüfen ist insbesondere auch, ob das ambulante Vorgehen anstelle einer stationären Behandlung dem chirurgischen Standard entspricht und ob eine ärztliche Assistenz geboten ist.

Die Gutachterkommission hatte vor kurzem den nachfolgend geschilderten Sachverhalt zu beurteilen.

## Der Sachverhalt

Die 76-jährige Patientin konsultierte am 7. Mai den beschuldigten niedergelassenen Chirurgen. Er diagnostizierte nach klinischer und radiologischer Untersuchung ein Außenmeniskusganglion des linken Kniegelenkes bei ausgeprägter Gonarthrose beiderseits, links stärker als rechts. Zwei Jahre zuvor hatte der Arzt bereits mit einer Gelenkpunktion und einer intraartikulären Lipotalon-Injektion behandelt, ohne dass sich ein therapeutischer Erfolg zeigte.

Der Arzt punktierte das Ganglion erneut, empfahl aber zugleich wegen der Rezidivgefahr eine operative Entfernung und als noch bessere Alternative eine Kniegelenktotalendoprothese. Mit einer solchen Gelenkersatzoperation erklärte sich die Patientin noch nicht einverstanden. In die vorgeschlagene ambulante Operation des Meniskusganglions am linken Kniegelenk willigte sie nach entsprechender Aufklärung am 6. Juni ein. Die ASS-Medikation der Patientin, über die der Arzt unterrichtet war, wurde nicht abgesetzt.

## Die ambulante Operation

Der Eingriff wurde am 13. Juni vom beschuldigten Chirurgen ohne ärztliche Assistenz vorgenommen. Er erfolgte in Allgemeinanästhesie und Oberschenkelblutleere. Der Operateur hat nach seinem Bericht das ganze Ganglion bis zur äußeren Gelenkkapsel freigelegt und an der Basis der Kapsel abgetragen. Der aus dem Kniegelenk durch den äußeren Gelenkspalt hervortretende geschädigte Außenmeniskus wurde ebenfalls reseziert. Danach erfolgten der Verschluss des Faszien Schlitzes, eine Redondrainage, Hautnähte und der Verband. Von einer Gelenkkapselnah nahm der Operateur Abstand, weil, wie er später berichtete, die operativen Verhältnisse unübersichtlich und schwierig gewesen seien.

## Postoperative Behandlung

Die histo-pathologische Untersuchung des Operationspräparates bestätigte die Diagnose des Arztes, der

die postoperative Behandlung vom 14. bis 17. Juni bei täglichen Hausbesuchen durchführte. Er berichtet, nach Entfernung der Redondrainage habe er zwar bei den Verbandswechseln eine blutig-seröse Sekretion aus der Drainagestelle, jedoch keine akute Infektion des Kniegelenkes festgestellt. Von einer postoperativen laborchemischen Untersuchung der Entzündungsparameter sah er ab. Bei seinem letzten Hausbesuch am 17. Juni gewann er, wie er am 18. Juni dem Hausarzt berichtete, den Eindruck, dass die Patientin, die sich zudem wenig kooperativ gezeigt habe, durch die Familie nicht ausreichend betreut werde. Er wies die Patientin deshalb „wegen nicht gewährleisteter häuslicher Betreuung“ in die nachbehandelnde Unfallchirurgische Klinik ein. Wie er berichtet, seien auch am 17. Juni entzündliche Reaktionen nicht erkennbar gewesen.

## Stationäre Behandlung

Bei der Aufnahme am 17. Juni wird ein massiv geschwollenes, nicht wesentlich gerötetes, sehr schmerzhaftes linkes Kniegelenk mit reizloser äußerer Wunde festgestellt. Aus der Wunde und der Redondrainagestelle entleerte sich altes Hämatom; die Kniegelenkbeweglichkeit links war aufgehoben. Sonographisch fand sich reichlich Flüssigkeit im Kniegelenk links. Darüber hinaus bestand eine Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern. Die Entzündungsparameter waren deutlich erhöht: Leukozytose 15,9 tsd/nl, Blutkörperchengeschwindigkeit (BSG) 110/130 mm n. W., CRP-Wert 407 mg/l.

In der Klinik wurde eine sofortige notfallmäßige Revisionsoperation in Allgemeinanästhesie veranlasst.

\* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Professor Dr. med. Wilfried Fitting war von 1987 bis 1996 Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission

Nach dem Operationsbericht entleerte sich auf Druck Eiter bei liegenden Fäden. Nach Eröffnung der Arthrotomiewunde wird ein ausgedehntes subkutan gelegenes Hämatom mit Nekrosenbildungen des Fettgewebes und des Kapselbandapparates beschrieben, wobei der Apparat teils fehlte, teils zerfetzt war. Weiter heißt es: laterale Knieinstabilität und massive Eiterentleerung aus dem Gelenk. Synovektomie, mehrfache Spülungen und Einlegen einer Saug-Spül-Drainage. Intraoperativ mehrfache Abstrichentnahme. Die Abschlußdiagnose lautete: „Kniegelenkempyem bei schwerer Sepsis“.

Die histo-pathologische Untersuchung der Operationspräparate bestätigte die Diagnose eines Empyem mit einer floriden und nekrotisierenden bakteriell besiedelten periartikulären Weichteilenzündung und eine geringfloride Synovialitis mit herdförmig älteren Blutungsresten. Die mikrobiologische Untersuchung der Kniegelenkabstriche und eine Blutkulturuntersuchung ergaben Erreger der Gruppe „multisensibler Staphylococcus aureus“ mit Empfindlichkeit gegenüber Clindamycin.

## Postoperativer Verlauf

Wegen der Sepsis mit konsekutiver respiratorischer Insuffizienz, Kreislaufinstabilität und Vigilanzstörung war eine längere intensivmedizinische Behandlung erforderlich, so dass die Patientin erst am 28. Juni auf die Normalstation verlegt werden konnte. Am 30. Juni erfolgten wegen einer fortschreitenden Wunddehiszenz bei Wundrandnekrose und erneut ansteigendem CRP-Wert eine Rearthrotomie mit Débridement und Synovektomie, Resektion des Hoffa-Körpers, ausgiebiger Lavage und erneuter Einlage einer Spül-Saug-Drainage. Nach zufrieden stellendem weiterem Krankheitsverlauf konnte die Patientin am 15. August zur weiteren Therapie und Mobilisation auf die Geriatriische Abteilung des Krankenhauses verlegt werden. Die Entlassung erfolgte am 31. August.

Danach war die Patientin bei starker Gehbehinderung teilmobilisiert. Die verbliebenen chronischen Kniegelenkschmerzen wurden von den nachbehandelnden Ärzten im Wesentlichen durch die schwere beidseitige Gonarthrose und die linksseitige laterale Kniegelenkinstabilität durch die schwere Schädigung des Kapselbandapparates erklärt.

## Gutachtliche Beurteilung

Die Indikation zur Operation des Außenmeniskusganglion war gegeben, da konservative Behandlungsmaßnahmen, wie die mehrfachen Ganglionpunktionen zeigten, keine dauerhafte Heilung erreichten.

Fehlerhaft war jedoch, dass die ASS-Medikation nicht rechtzeitig (möglichst sieben Tage vor dem Eingriff) abgesetzt worden ist. Da die Indikation relativ, also nicht zur Abwendung einer akuten Gefahr erforderlich war, konnte die Operation ohne weiteres später ausgeführt werden. Der Arzt hätte die Absetzung spätestens am Tage der Aufklärung (6. Juni) anordnen müssen. Die postoperative Nachblutung mit Hämatombildung und die vermehrte Gelenkflüssigkeitsabsonderung über den Redondrainagekanal stehen im kausalen Zusammenhang mit der nicht abgesetzten ASS-Medikation bei gleichzeitiger Thromboembolieprophylaxe mit einem niedermolekularen Heparinpräparat (Fragmin-P). Die Nachblutung ist somit Folge eines Behandlungsfehlers.

Nicht zu beanstanden war die Entscheidung des Arztes, den Eingriff ambulant durchzuführen, da die Operation zur Gruppe der Eingriffe gehört, die auch ambulant möglich sind. Sicher wäre die stationäre Behandlung im Hinblick auf das Alter und die Begleiterkrankungen sinnvoll gewesen. Der Verlauf, belastet durch den schweren Kniegelenkinfekt, eine auch bei fehlerfreiem Vorgehen nicht immer vermeidbare Komplikation, kann dem Umstand der ambulanten Operation nicht zugerechnet werden.

## Fehlende ärztliche Assistenz

Zu beanstanden war jedoch die Entscheidung, die Operation, die in Allgemeinnarkose und Oberschenkelblutsperre durchgeführt wurde, ohne ärztliche Assistenz vorzunehmen. Das entspricht nicht dem geltenden Standard. Fachkundige Mitwirkung bei einer solchen Operation ist eine Voraussetzung, um eine ausreichende Übersicht sowie Darstellung zu gewährleisten und einen sicheren Gelenkkapselverschluss zu erzielen. Die fehlende Assistenz hat dazu beigetragen, dass die Gelenkkapselnaht unterblieb. Der vom Arzt angeführte Grund – unerwartet schwierige intraoperative Verhältnisse – entlastet ihn auch deshalb nicht, weil es sich hier um präoperativ vorhersehbare anatomische Zusammenhänge handelt.

## Versäumte Infektbehandlung

Zu beanstanden war weiter, dass der Kniegelenkinfekt nicht frühzeitig erkannt und damit die unverzügliche Infektsanierung verhindert wurde. Während der postoperativen ambulanten Behandlung wurden die notwendigen diagnostischen Maßnahmen wie die laborchemische Untersuchung der Entzündungsparameter (BSG, Leukozyten- und CRP-Wert-Bestimmung, Abstrichuntersuchung) fehlerhaft unterlassen.

Hinzu kommt die mangelnde Sorgfalt des Arztes bei der Inspektion des Wundbereichs. Es ist davon auszugehen, dass sich der massive Befund nicht erst am 17. Juni unmittelbar vor der stationären Aufnahme, sondern schon vorher entwickelt hat. Die operative Revision hätte schon ein bis zwei Tage früher erfolgen können und müssen. Diese Verzögerung, die mit großer Wahrscheinlichkeit zu der bleibenden Kniegelenkschädigung und den Nachfolgeschäden im linken Kniegelenk beigetragen hat, ist dem Chirurgen als Behandlungsfehler vorzuwerfen.

Als weitere Gesundheitsschäden waren die ausgedehnte Schmerzsymptomatik, die Verlängerung der Beschwerdephase und eine bleibende Behinderung der linksseitigen Kniegelenkfunktion festzustellen.