

# Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Eine Injektionsbehandlung über mehrere Jahre hinweg muss regelmäßig evaluiert und hinterfragt werden. Bei Auftreten eines Abszesses muss frühzeitig eine Überweisung zur Fachärztin oder zum Facharzt erfolgen

## Anlass für die Schlichtung

Der Patient beanstandete eine stattgehabte Injektionstherapie durch den Hausarzt, da ein Spritzenabszess aufgetreten war. Aufgrund dessen ging er davon aus, dass gegen Hygienestandards verstoßen worden und die verwendete Spritze nicht steril gewesen sei. Zudem sei nach Auftreten des Abszesses eine fachärztliche Überweisung zu spät ausgestellt worden. Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen wurde konsultiert, um den Fall zu begutachten und juristisch zu bewerten.

## Die Vorgeschichte

Der 56-jährige Patient war seit den 1990er-Jahren bei seinem Hausarzt in Behandlung. Es lag unter anderem ein degeneratives Wirbelsäulenleiden vor. Durch den Hausarzt wurde langjährig – über acht Jahre hinweg – unter anderem Diclofenac und Tramal sowie im weiteren Verlauf zusätzlich Lidocain gespritzt.

Im Jahr vor dem Auftreten des Abszesses wurde an insgesamt 43 Terminen 2 Diazepam, 2 Tramal, Novalgin und Lidocain 4 ml verabreicht. Auch im Folgejahr – dem streitgegenständlichen Jahr – erfolgten die Injektionsbehandlungen in engen Intervallen an insgesamt 29 Terminen.

## Die strittige Behandlung

Streitgegenständlich war allein die Behandlung im Oktober, als Injektionsbehandlungen am 1. und 15. Oktober durchgeführt worden waren. Am 21. Oktober wurde durch den Hausarzt ein „eventuell beginnender Abszess“ vermutet und eine Labordiagnostik veranlasst. Es ergaben sich erhöhte Entzündungswerte (Leukozyten und CRP-Wert).

Am 25. Oktober wurde die Diagnose „Glutealabszess“ dokumentiert und eine Antibiose eingeleitet. Zusätzlich erfolgten diverse Infusionen mit Ceftriaxon. Am 2. Dezember erfolgte wiederum eine Injektionsbehandlung mit 2 Diazepam, 2 Tramal, Novalgin und Lidocain.

## Der weitere Verlauf

Am 21. Dezember stellte sich der Patient nach einer Einweisung durch den Hausarzt in einem Krankenhaus vor. Es wurde eine Abszessspaltung durchgeführt. Ab dem 26. Januar des Folgejahres bemerkte der Patient ein Nässen der Wunde. Es schloss sich eine stationäre Behandlung ab dem 31. Januar nebst operativer Wundrevision an.

Im April wurde eine Abszedierung mit Bildung von Fistelgängen festgestellt, sodass eine weitere Operation durchgeführt wurde. Im weiteren Verlauf trat eine Wundheilungsstörung auf, wodurch drei weitere Operationen inklusive einer plastischen Deckung notwendig wurden.

## Das externe Gutachten

Die von der Schlichtungsstelle konsultierte hausärztlich tätige internistische Gutachterin kam zu der Schlussfolgerung, dass die Injektionsbehandlungen nicht indiziert gewesen seien. Fehlerbedingt sei es zu einem langwierigen Verlauf mit mehrfachen Operationen und Revisionen sowie schlussendlich der Notwendigkeit einer plastischen Deckung gekommen.

## Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle der Ärztekammer Niedersachsen schloss sich dem Gutachten an.

## Die Injektionsbehandlungen

Die intramuskulären Injektionsbehandlungen waren nicht indiziert: Es wurden über Jahre hinweg engmaschig und kontinuierlich intramuskuläre Injektionen durchgeführt, ohne dass es hierbei zu einer anhaltenden Linderung kam. Das Therapiekonzept wurde dennoch nicht nachweislich überdacht.

Zudem war die Verabreichungsform als intramuskuläre Injektion nicht indiziert. Es bestand die Möglichkeit der oralen Verabreichung, sodass die intramuskuläre Medikamentengabe obsolet gewesen sei, wie die Sachverständige nachvollziehbar ausführte.



Foto: A. Michailow – adobe.stock.com

Bei intramuskulären Injektionen über einen längeren Zeitraum hinweg sollte geklärt werden, ob es eventuell therapeutische Alternativen wie eine orale Medikamentengabe gibt.

Mangels vorliegender Indikation konnte es dahingestellt bleiben, ob im Rahmen der Injektionsbehandlungen gegen Hygienestandards verstoßen wurde. Die Durchführung der Injektionen an sich war bereits als fehlerhaft zu qualifizieren.

### Die Dokumentation

Darüber hinaus lag ein Dokumentationsfehler vor. Die Menge und der Applikationsort der verabreichten Medikamente waren nicht dokumentiert. Hierbei handelt es sich um dokumentationspflichtige Tatsachen. Anhand der Dokumentation war nicht nachvollziehbar, ob die Medikamente in einer Spritze zusammen verabreicht wurden – hierdurch hätten höhere Risiken bestanden; die Verabreichung eines Gemisches aus Diclofenac und Dexamethason ist zudem seit den 1980er-Jahren nicht mehr zugelassen.

### Die Abszessbehandlung

Zudem lag ein Befunderhebungsfehler vor. Einerseits wurde die Einweisung ins Krankenhaus zu spät ausgestellt. Über zwei Monate hinweg erfolgten intravenöse Gaben von Ceftriaxon. Trotz eines prolongierten Verlaufs erfolgte in dieser Zeit kein fachärztliches Konsil. Spätestens nach zehn Tagen hätte eine fachärztliche Vorstellung eingeleitet werden müssen. Andererseits erfolgten in dieser Zeit fehlerhaft keine Laborkontrollen. Eine Wunddokumentation war ebenfalls nicht vorhanden.

### Der grobe Behandlungsfehler

Sowohl nach der Schlussfolgerung der Gutachterin als auch nach Einschätzung der Schlichtungsstelle war in der Ge-

samtschau ein grob fehlerhaftes Vorgehen anzunehmen: Aus rechtlicher Sicht kam es hierauf jedoch nicht entscheidend an, da bereits aus dem oben genannten Befunderhebungsfehler eine Beweislastumkehr resultierte.

### Der kausale Gesundheitsschaden

Infolgedessen wurde folgender kausaler Schaden angenommen: Durchführung von nicht indizierten Injektionsbehandlungen nebst Entwicklung eines Abszesses rechts gluteal, Behandlungsverzögerung durch eine zeitverzögerte fachärztliche Vorstellung, Notwendigkeit einer Abszessspaltung, Entwicklung einer Wundheilungsstörung, Fistelbildung, Notwendigkeit von vier weiteren Operationen im Rahmen von weiteren stationären Aufenthalten nebst hiermit eingehenden Schmerzen und Beschwerden sowie Verlängerung des Heilungsverlaufs. Durch die Schlichtungsstelle wurde auf Grundlage dessen eine Regulierung des Schadens empfohlen.

### Grundsätzliches zum groben Behandlungsfehler

Ein grober Behandlungsfehler liegt grundsätzlich vor, wenn das ärztliche Handeln eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstößt und dieser Fehler aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einer Ärztin oder einem Arzt „schlechterdings nicht unterlaufen“ darf. Aus dem groben Behandlungsfehler kann – ebenso wie aus einem Befunderhebungsfehler – eine Beweislastumkehr folgen, wenn der Fehler generell geeignet ist, den tatsächlich eingetretenen Gesundheitsschaden herbeizuführen.

### Take-Home-Message

Achten Sie auf die Aktualität der Therapie und hinterfragen Sie das Therapiekonzept regelmäßig. Wie immer gilt: Dokumentieren Sie die Behandlung beziehungsweise die ergriffenen Maßnahmen. Konsultieren Sie zudem frühzeitig Ihre Fachkolleginnen und -kollegen.

Ass. jur. Justine Launicke  
Leiterin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen  
der Ärztekammer Niedersachsen

Dr. med. Birger Kolb  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle