

Aus der Praxis der Norddeutschen Schlichtungsstelle

Radiusfrakturen: Konservartive Erst- und Weiterbehandlung - Nachbehandlung bei operativer Erstversorgung

(Dr. med. G. Herlyn)

Mit der Erst- und Weiterbehandlung von Radiusfrakturen sind nicht nur Chirurgen und Unfallchirurgen, sondern auch Orthopäden, Handchirurgen, Allgemeinärzte u.a. befaßt. Es ist erstaunlich, wie häufig die Behandlungsergebnisse bei Radiusfrakturen vom Patienten als unbefriedigend bzw. fehlerhaft eingeschätzt werden (von 3.367 unfallchirurgischen Fällen seit 1990 betrafen 197 Fälle Unterarmfrakturen, dabei weit überwiegend Radiusfrakturen an typischer Stelle). Dies spiegelt nicht nur die Tatsache wider, daß die Radiusfraktur die häufigste Fraktur beim Menschen ist, sondern auch, daß bei der Nachbehandlung immer wieder Fehler gemacht werden.

An dieser Stelle soll nicht über die verschiedenen operativen Behandlungswege gesprochen, sondern lediglich auf die im Rahmen der Weiterbehandlung erforderlichen Maßnahmen eingegangen werden.

Nach Reposition oder auch bei ausschließlich konservativer Behandlung wird zur Immobilisierung oder zur Protektion eine halbzirkuläre Gipsschiene unter Freilassung der Finger angelegt und nach Abschwellung durch einen zirkulären Gips ersetzt bzw. in einen geschlossenen Gips umgewandelt.

Operative Vorgehensweisen erfolgen in Abhängigkeit von Frakturtyp, Fehlstellung, Instabilität und Mitbeteiligung des Handgelenks und sind nicht das Thema dieses Fallberichtes. Da in die Weiterbehandlung - insbesondere beim primär konservativen Weg - aus verschiedenen Gründen auch häufig Nichtchirurgen einbezogen sind, sollen hier einige wesentliche Gesichtspunkte erwähnt bzw. aufgefrischt werden.

Zu einer patientengerechten Weiterbehandlung gehören:

1. Notwendige Gipskontrollen, d.h. die Überwachung der Gipslage (keine Druckstellen, keine Lockerung), Sicherstellung der peripheren Durchblutung und Sensibilität sowie der Funktion der freien Gelenke, in Sonderheit der Finger und der Schulter.
2. Wöchentliche Röntgenkontrollen zur Sicherung der Frakturstellung. Auch bei anfangs gut erscheinender Stellung kann es durch Abschwellung und damit verbundener Gipslockerung, aber auch durch Sinterungsvorgänge im Bereich von Trümmerzonen zum unerwünschten Abkippen der Fraktur kommen. Fehlstellungen lassen sich dann bis etwa 2 Wochen nach der Verletzung meist zufriedenstellend korrigieren, danach wird dies zunehmend schwieriger. Ausnahmen von dieser strikten Handhabung sind lediglich eindeutig stabile, nicht verschobene Einspaltbrüche bzw. Fissuren, bei denen längere Intervalle zwischen den Röntgenkontrollen vertretbar sind.
3. Rechtzeitiges Erkennen von lokalen Störungen, d.h. von Infektionen, z.B. bei eingebrachten Fremdmaterialien, und besonders auch einer Sudeck'schen Dystrophie, deren Koinzidenz mit der Radiusfraktur auffällig hoch ist (mit typischen Schmerzen, Schwellung, Hautverfärbung und Funktionseinbußen).

Wer dem Kompetenzanspruch einer patientengerechten Behandlung entsprechen will, muß diese Standards erfüllen, Auffälligkeiten und begründete Abweichungen vom Standard sind zu dokumentieren.

Kasuistik:

Im vorliegenden Fall erlitt eine 69jährige Frau einen handgelenksnahen Speichenbruch. Noch am Unfalltag (13.02.) wurde vom behandelnden Facharzt für Chirurgie ohne Röntgendiagnostik lediglich eine Ruhigstellung in einer Gipsschale vorgenommen. Eine Diagnose ist in der Dokumentation nicht niedergelegt. Am 14.02. wurde dann die Röntgenaufnahme nachgeholt, wobei diese bei liegender Gipsschiene erfolgte. Es wurde die Diagnose einer distalen Radiusfraktur ohne wesentliche Dislokation gestellt. In der seitlichen Aufnahme war trotz erschwerenden Überlagerungseffektes durch die Gipsschiene eine dorsale Trümmerzone erkennbar. Eine weitere Dokumentation erfolgte nicht. Am 19.02. wurde nach Abschwellung ein zirkulärer Gips angelegt. Am 27.02. erfolgte eine Gipsänderung - in welcher Weise, ist der Dokumentation nicht zu entnehmen. Am 12.03., also am 28. Tag nach dem Unfall, fand die erste Röntgenkontrolle statt, die eine Dorsalabkipfung der Speichengelenksfläche von 40° mit Eintauchung, Verkürzung und Ellenorschub aufwies. Eine Befundung ist nicht dokumentiert. Danach erfolgten die Veranlassung von Physiotherapie und die lokale Anwendung

Schlichtungsstelle: fb08-99

von Voltaren Emulsion. Am 15.03. stellte sich die Patientin zum letzten Mal bei diesem Chirurgen vor (ohne Befunddokumentation). Die Weiterbehandlung erfolgte dann bei anderen Ärzten. Es verblieben eine erhebliche Fehlstellung, eine schwere Bewegungseinschränkung und eine hochgradige, deformierende radiocarpale Arthrose.

Die Patientin vermutete aufgrund dieses Verlaufs und des unbefriedigenden Ergebnisses eine Fehlbehandlung durch den erstbehandelnden Arzt.

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter stellte fest, daß anfangs aufgrund der guten Bruchstellung der Versuch einer konservativen Therapie vertretbar war. Da aber eine dorsale Trümmerzone und damit eine abrutschgefährdete Fraktur vorlag, waren in der Nachfolgezeit regelmäßige Röntgenkontrollen erforderlich, um eine evtl. einsetzende Fehlstellung rechtzeitig erkennen und therapeutische Konsequenzen ziehen zu können.

Der entscheidende Fehler war hier die Unterlassung von Röntgenaufnahmen in der posttraumatischen Phase. Außerdem ist als fehlerhaft die Anfertigung der Röntgenerstaufnahme bei angelegtem Gips zu bewerten. Damit war die erforderliche Erkennung einer Trümmerzone eindeutig erschwert.

Eine mäßiggradige Funktionseinschränkung kann bei derartigen Verletzungen zwar auch bei korrekter Behandlung eintreten. Im vorliegenden Fall ist es aber zu einer erheblichen Fehlstellung, Funktionseinschränkung und Arthrose gekommen, wovon 2/3 dem Behandlungsfehler zuzurechnen waren.

Im vorliegenden Fall sind neben den Behandlungsfehlern auch gravierende Dokumentationsmängel festzustellen, die selbst dann, wenn der in Anspruch genommene Chirurg fehlerfrei gehandelt hätte, seine Position in diesem Arzthaftpflichtverfahren entscheidend verschlechtert hätten.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. G. Herlyn
Ärztliche Mitglied der Schlichtungsstelle
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 08/1999

[zurück zur Übersicht](#)