

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 3/2017

Kasuistik

Eine Patientin wurde am 1. Oktober nach einem Sturz in das Krankenhaus A eingeliefert. Bei der klinischen und röntgenologischen Untersuchung zeigte sich eine dislozierte proximale Humerusfraktur, welche am 11. Oktober operativ versorgt wurde. Laut Operationsbericht wurde intraoperativ die Eintrittsstelle für den Nagel mit einem K-Draht markiert und mittels Bildwandler kontrolliert. Nach Einbringen eines Führungsdrahts und Auffädeln der Fraktur wurde der Schaft aufgebohrt und ein 8/7 Trigen-Nagel in 260 Millimetern Länge eingebracht. Die Fragmente legten sich gut an. Mit dem Bildverstärker wurde die Stellung kontrolliert und drei proximale Verriegelungsschrauben eingebracht. Distal wurde frei handverriegelt mit einer Schraube. Die Röntgenkontrolle nach Abschluss der Osteosynthese wurde mit guter anatomischer Reposition, ohne Impingement, angegeben.

Die postoperativen Röntgenaufnahmen in jeweils zwei Ebenen vom 12. und 13. Oktober zeigten eine achsengerechte Stellung in beiden Ebenen sowie eine Verkürzung von acht bis zehn Bildmillimetern. Proximal steht der Nagel einen beziehungsweise maximal drei Bildmillimeter aus der Kopfkortikalis beziehungsweise Tuberculum majus Kortikalis vor. Die postoperative Behandlung war laut Entlassungsbericht komplikationsfrei. Im Entlassungsbericht ist vermerkt, dass eine Krankengymnastik mit schmerzlimitierenden Pendelbewegungen initiiert wurde. Die Röntgenaufnahme vom 21. Oktober in zwei Ebenen zeigt einen proximalen Nagelüberstand von sechs bis zehn Millimeter, ein verkipptes Kopffragment mit Dislokation nach dorsal sowie Fraktureinstauchung cut-out des proximalen Nagelendes. Eine aktive Abduktion oder endgradige Rotation sollte für sechs Wochen postoperativ vermieden werden und Lymphdrainagen werden empfohlen. Eine Kurzzeitpflege im Seniorenzentrum wurde organisiert.

Ab 1. Dezember erfolgte die Wiederaufnahme im Krankenhaus A, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie. Als Diagnose im Einweisungsschein einer Fachärztin für Orthopädie war angegeben worden: Multimorbidität, Zustand nach Osteosynthese rechte

www.schlichtungsstelle.de
info@schlichtungsstelle.de

Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen
Ärztekammern GbR
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Telefon:
+49 511 / 380 -2416 oder
+49 511 / 380 -2420

Schulter. Im Arztbrief des Zentrums für Geriatrie ist von einer minimalen Beweglichkeit des Arms die Rede, mit einer Abduktion von 20°, Anteversion 10°. Der radiologische Befund bei Aufnahme ergab eine Dislokation des Verriegelungsnagels mit vorstehender Verriegelungsschraube gelenkseitig. Das daraufhin veranlasste unfallchirurgische Konsil durch die Chefärztin ergab die Empfehlung einer Implantatentfernung mit eventueller Re-Osteosynthese.

Bei einem inzwischen radiologisch nachgewiesenen proximalen Überstand des Nagels von 15 Millimetern erfolgte am 7. Dezember der operative Eingriff mit der Entfernung des Verriegelungsmarknagels. Danach zeigte sich, dass die Fraktur noch nicht durchbaut war, aber stabil bei Bewegungen unter Bildwandlerkontrolle. Die entsprechenden Ausdrücke der Bildverstärkerkontrolle zeigen die vollständige Implantatentfernung, aber auch die unveränderte Fragmentfehlstellung gegenüber dem Vorbefund mit Nagel. Am 9. Dezember erfolgte die Rückverlegung in das Zentrum für Geriatrie und Gerontologie. Im Hinblick auf den Verlauf wird vermerkt, dass passive Beübungen des rechten Arms mit einer Bewegung von maximal 90° für Abduktion und Anteversion gestattet seien, wobei zum aktuellen Zeitpunkt eine erhebliche Einschränkung der Schultergelenkbeweglichkeit ohne nähere Angaben dokumentiert wurde. Im Befund der Ergotherapie wird erwähnt, dass aktives Bewegen nicht erlaubt sei. Die passive Anteversion sei bis 10° möglich, da dann Schmerzen aufträten, die Abduktion bis 20°.

Im Entlassungsbericht aus der geriatrischen Behandlung am 3. Januar des Folgejahrs wird berichtet, dass eine deutliche Schonhaltung des rechten Arms bestehen würde. Nach vierwöchiger stationärer Anschlussheilbehandlung vom 3. Januar bis 7. Februar konnte schließlich die aktive Schultergelenkbeweglichkeit rechts auf eine Abduktion von 60°, Anteversion von 50°, Retroversion von 20° und Innenrotation von 70° beziehungsweise Außenrotation von 0° erweitert werden. Die passive Schulterbeweglichkeit rechts wurde für Abduktion und Anteversion von jeweils 90°, die Innenrotation mit 80° angegeben, wobei geringe Druckschmerzen im ventralen Schultergelenksbereich sowie Schulterreckgelenk rechts dokumentiert wurden. Die weitere Behandlung erfolgte dann durch eine Fachärztin für Orthopädie, die die passive Abduktion im Schultergelenk mit 80°, die aktive mit 30° bewertet.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Der Nagel zur Fixierung des komplizierten Trümmerbruchs des rechten Oberarms wäre zu lang gewesen und habe längere Zeit unnötigerweise Schmerzen verursacht. Die Ärzte hätten bei der

starken Schmerzäußerung viel früher die behandlungsbedürftige Situation erkennen und abstellen müssen. Letztendlich sei es zu einem Dauerschaden gekommen.

Stellungnahme der behandelnden Ärzte des Krankenhauses A

Es habe eine achsengerechte Stellung des Marknagels und der Fragmente um den Nagel vorgelegen. Eine krankengymnastische Übungsbehandlung sei limitiert mit endgradiger Rotationseinschränkung, ohne aktive Abduktion für sechs Wochen postoperativ. Es habe sich dann im weiteren Verlauf eine Wanderung des Nagels gezeigt, sodass eine Revision erfolgen musste.

Gutachten

Der Gutachter ist der Auffassung, dass die präoperativen Untersuchungen durch die Ärzte der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Krankenhauses A befundadaptiert und lege artis erfolgt seien, dies gelte auch für die Indikation zu dem operativen Eingriff. Auch der operative Eingriff am 11. Oktober sei fachgerecht erfolgt, es sei definitiv kein zu langer Nagel eingesetzt worden. Die diagnostischen, postoperativen Maßnahmen während des ersten stationären Aufenthaltes seien durchaus fachgerecht, jedoch seien die notwendigen Schlussfolgerungen aus den Aufnahmen vom 21. Oktober fehlerhaft nicht gezogen worden. Hierbei wäre ein cut-out des Nagels mit Fehlstellung zu sehen gewesen. Bei korrekter Würdigung hätte dieser Befund eine zwingende Notwendigkeit zum Re-Eingriff darstellen müssen. Die präoperativen Untersuchungen nach erneuter Wiederaufnahme am 1. Dezember zur Entfernung des Nagels seien lege artis durchgeführt worden. Der operative Eingriff am 7. Dezember habe dem ärztlichen Standard entsprochen. Die Notwendigkeit dieser Operation spräche für einen mechanisch höchst kompromittierten Knochen und nicht für einen fehlerhaften Ersteingriff. Der Fehler, nämlich die unterlassene korrekte Interpretation und Ziehung von Schlussfolgerungen aus der Röntgenaufnahme vom 21. Oktober, hätte in der damaligen Situation vermieden werden können. Bei korrekter Auswertung der bildgebenden Diagnostik wäre die Indikation zum Re-Eingriff sechs Wochen früher als dann tatsächlich erfolgt, gestellt und durchgeführt worden.

In Würdigung der Multimorbidität und der mechanischen Kompromittierung des Humeruskopfes sei jedoch davon auszugehen, dass auch bei richtigem ärztlichem Handeln nicht zwangsläufig ein funktionell besseres Resultat hätte resultieren müssen. Die

resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien deshalb nicht allein fehlerbedingt eingetreten.

Bewertung der Haftungsfrage

In Würdigung der medizinischen Dokumentation, der Stellungnahmen der Beteiligten und der gutachterlichen Erwägungen schließt sich die Schlichtungsstelle unter eigener Urteilsbildung der Bewertung des Sachverhalts dem Gutachten im Ergebnis an.

Auf der Röntgenaufnahme vom 21. Oktober in zwei Ebenen zeigt sich ein proximaler Nagelüberstand von sechs bis zehn Millimeter sowie ein verkipptes Kopffragment mit typischer Dislokation nach dorsal und ein cut-out des proximalen Nagelendes. Auf dieses Röntgenbild wurde fehlerhaft nicht reagiert. Es wäre zu diesem Zeitpunkt bereits unausweichlich gewesen, das Implantat wieder zu entfernen und einen Verfahrenswechsel einzuleiten. De facto wurde dies erst weitere sechs Wochen später nach Wiederaufnahme der Patientin und einem Konsil durch die Unfallchirurgische Abteilung eingeleitet.

Erst am 7. Dezember erfolgte der operative Eingriff mit Nagelentfernung und es wurden dann entsprechende physikalisch-therapeutische Maßnahmen eingeleitet, nachdem festgestellt wurde, dass zumindest eine bindegewebige Stabilität der Fragmente vorlag. Es wurde eine entsprechende weitere Krankengymnastik eingeleitet mit einer deutlich eingeschränkten Beweglichkeit.

Gesundheitsschaden

Bei richtigem ärztlichem Vorgehen wäre nach ärztlicher Erfahrung ebenfalls die Indikation zu einer Marknagelosteosynthese gestellt worden, es wäre dann aufgrund der Röntgenaufnahmen vom 21. Oktober zu einer Re-Osteosynthese oder Schulterprothese gekommen. Der Eingriff wäre jedoch frühzeitiger erfolgt. Durch das fehlerhafte Vorgehen ist es als zusätzliche Gesundheitsbeeinträchtigung zur Verlängerung der Schmerzen über knapp sieben Wochen gekommen und dadurch längere Ruhigstellung und verlängerte Rehabilitation. Die Einschränkung der Beweglichkeit wird zu 20 Prozent als fehlerbedingt eingeschätzt.

Fazit

Nicht die eingetretene Dislokation mit cut-out war der Fehler, sondern das Nichtreagieren auf die eingetretene Komplikation.