

Kasuistik

Im Rahmen dieses Schlichtungsverfahrens war die Behandlung durch die Ärzte einer Klinik für Unfall- und Handchirurgie und Orthopädie zu prüfen.

Am 10. Oktober erlitt eine 83-jährige Patientin bei einem Treppensturz eine Verletzung des linken Sprunggelenks und des Brustkorbs. Sie wurde mit dem Krankenwagen in die Klinik verbracht. Folgender Befund lag bei der Vorstellung vor: Schwellung am linken Außenknöchel mit Druck- und Bewegungsschmerz der Außenbänder, Schmerzvermehrung bei Fußsenken und Fußeinwärtsdrehen, geringer Druckschmerz am Deltaband, klinisch kein Talusvorschub, Achillessehne intakt, am linken Brustkorb keine äußeren Verletzungszeichen, Druckschmerz im Verlauf der 10. Rippe lateral. Lunge auskultatorisch beidseits gut belüftet. Die Röntgenaufnahmen des Thorax sowie des knöchernen Thorax links und Aufnahmen des linken Sprunggelenks in zwei Ebenen mit zusätzlicher Fersenbeinspezialaufnahme ergaben eine Infraktion der 9. und 10. Rippe. Weiter wurde die Diagnose „Distorsion linkes Sprunggelenk mit Außenbandzerrung“ gestellt. Therapeutisch wurde ein Voltarensalbenverband am linken Sprunggelenk angelegt, Hochlagerung und Kühlung empfohlen, sowie eine Anleitung zur Atemtherapie gegeben. Als Schmerzmittel wurde Ibuprofen empfohlen. Der Notarztbericht war an den Hausarzt adressiert.

Wegen ausbleibender Schmerzlinderung suchte die Patientin am 26. November einen Facharzt für Orthopädie auf. Die Röntgenaufnahmen des Sprunggelenks zeigten eine Fraktur des Fersenbeins mit deutlicher Fehlstellung und vollständig abgeflachtem Fußgewölbe. Vom Orthopäden wurde eine langsohlige Weichbettungseinlage verordnet. Bei einer erneuten Röntgenkontrolle beim Orthopäden am 24. Februar des Folgejahrs wurde die Fersenbeinfraktur als vollständig knöchern durchbaut bei flachgestelltem Fersenbein beurteilt. Am 23. Dezember stellte sich die Patientin bei einem anderen Facharzt für Orthopädie vor. Dieser beschrieb, dass es sich um eine Kalkaneusfraktur vom Joint Depression Typ handelt und dokumentierte weiter, dass die Fraktur nicht vollständig ausgeheilt sei und der Verdacht auf eine Pseudarthrose bestehe. Am 25. Februar des

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

Folgejahrs wurde ein CT des linken oberen Sprunggelenks angefertigt. In der Klinik wurde das CT dahingehend befundet, dass bereits eine partielle knöcherne Überbrückung der Kalkaneusfraktur erfolgt sei und keine Pseudarthrose bestehe.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin wirft der erstbehandelnden Klinik eine Fehlbehandlung vor und stellt dazu dar, dass am 10. Oktober vom Radiologen der Klinik eine Fersenbeinfraktur diagnostiziert und darauf im Entlassungsbericht dezidiert auf einen Frakturausschluss hingewiesen worden sei. Die angefertigte Röntgendiagnostik sei weder am Freitag, dem 10. noch bis spätestens Montag, dem 13. Oktober im Rahmen der unfallchirurgischen Fallvorstellung der Patientin begutachtet worden. Eine Kontaktaufnahme mit ihr oder ihrem im Krankenhaus bekannten Hausarzt sei zu keinem Zeitpunkt erfolgt. Aufgrund der übersehenen Fraktur sei keinerlei adäquate Therapie eingeleitet worden.

Stellungnahme Krankenhaus

Die Klinik führt aus, dass im Rahmen der Behandlung eine Fersenbeinfraktur übersehen worden sei, wobei die Durchsicht der Röntgenaufnahmen ergeben habe, dass nicht sicher zu beurteilen sei, inwieweit es sich hier um eine dislozierte Fersenbeinfraktur handle. Demensprechend seien keine weiteren Röntgenaufnahmen erfolgt.

Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte externe Gutachter, Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie führt an, dass die Fersenbeinfraktur fehlerhaft nicht erkannt worden sei. Bei sorgfältiger Analyse der Röntgenbilder sei die Fersenbeinfraktur eindeutig zu diagnostizieren. Die empfohlene Therapie sei fehlerhaft gewesen. Der Patientin sei nicht die notwendige Entlastung angeraten und keine Ruhigstellung durchgeführt worden. Die Beschwerden sowie der klinische und röntgenologische Befund sprächen für ein fehlerhaftes Handeln. Aufgrund der übersehenen Fraktur kam es durch eine nicht adäquate Therapie zu einer schweren Rückfußdeformierung. Spätestens bei der Durchsicht der Bilder zur definitiven radiologischen Befundung hätte die Fraktur diagnostiziert werden müssen. Dies sei auch geschehen. Sofern die Abteilungsleitung von diesem Befund, sei es durch eigenes Beurteilen der Bilder oder durch Informationen seitens der radiologischen Abteilung, erfahren habe, hätte die eingeleitete Therapie geändert werden müssen. Eine direkte Kontaktaufnahme mit der Patientin über den Hausarzt hätte erfolgen müssen. Der Fehler sei vermeidbar

gewesen. Auch bei korrektem Handeln sei davon auszugehen, dass auch Restbeschwerden in Form von intermittierenden Schmerzen sowie einem vorzeitigem Auftreten eines Gelenkverschleißes auszugehen sei. Allein fehlerbedingt ist es zu einer schweren Deformierung des Rückfußes mit kompletter Zerstörung der Sprungbeinfernsehbeingeometrie gekommen.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

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

Bei der Patientin kam es durch einen häuslichen Sturz zu einer Fersenbeinfraktur links. Diese wurde in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie fehlerhaft nicht erkannt. Die Patientin wurde mit der Diagnose „Distorsion linkes Sprunggelenk mit Außenbandzerrung“ in die ambulante Behandlung entlassen. Angelegt wurde ein Salbenverband, Hochlagerung und Kühlung empfohlen. Am Tage der Untersuchung wurde von der Röntgenabteilung jedoch eine dislozierte Kalkaneusfraktur mit Beteiligung des talo-calcanearen Gelenks beschrieben. Fehlerhaft wurde die Patientin (gegebenenfalls über ihren Hausarzt) hierüber nicht informiert. Im Gefolge dessen erfolgte keine entlastende Therapie, sodass es im weiteren Verlauf durch die Belastung des Fußes zu einer schweren Dislokation der Fraktur mit Aufhebung des Tubergelenkwinkels kam. Dadurch kam es zu Ruhe- und Belastungsschmerzen mit Gehbehinderung.

Gesundheitsschaden

Bei korrektem Vorgehen wäre nach ärztlicher Erfahrung bei korrekter Diagnostik der Fraktur am 10. Oktober eine Ruhigstellung erfolgt und die Empfehlung der Entlastung des Beins für mindestens sechs bis acht Wochen. Auch bei korrekter Therapie wäre es im Laufe der Zeit zu Belastungsbeschwerden und zu einer Arthrose im unteren Sprunggelenk gekommen.

Durch das fehlerhafte Vorgehen ist es zu folgenden zusätzlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen gekommen: Fehlerbedingt unterblieb die erforderliche Entlastung des Beins und es kam so zu einer schweren Dislokation der Fraktur mit völliger Aufhebung des sogenannten Tubergelenkwinkels und dadurch bedingter erheblicher Einschränkung der Funktion des unteren Sprunggelenks mit dauerhaften Belastungsbeschwerden und erheblicher Gangbehinderung.

Fazit

Bei der Zusammenarbeit ist peinlich genau darauf zu achten, dass alle Informationen kurzfristig an weiterbehandelnde Abteilungen gegeben werden.