

## Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Für Frakturen bei Kindern muss bei postoperativen Fehlstellungen gegebenenfalls umgehend auf die Notwendigkeit einer Revisionsoperation hingewiesen werden. Bei der Befundung von Röntgenbildern ist dies für jeden Einzelfall zu berücksichtigen.

### Anlass für die Schlichtung

Der dreijährige Antragsteller, vertreten durch seine Eltern, hat das Schlichtungsverfahren bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen beantragt, da er – so lautet der Vorwurf – im Patientengespräch nicht korrekt über den Befund informiert worden sei. Hinsichtlich der weiteren Vorgehensweise sei er zudem schlecht beraten worden. Es sei ihm insbesondere nicht empfohlen worden, eine Kinderklinik aufzusuchen. Die Befunde beziehungsweise das Ergebnis seien falsch dargestellt und darüber hinaus die Fehlstellung der Knochen nicht gemessen worden.



Foto: cunaplus – stock.adobe.com

Wegen ihres geringen Korrekturpotentials verdienen Frakturen im Bereich des Ellenbogens (hier ein Symbolbild) eine besondere Beachtung. Bei postoperativen Fehlstellungen ist deshalb die Indikation zur frühzeitigen Revisionsoperation großzügig zustellen.

### Hintergründe des Antrags

Der Antragsteller stürzte im Dezember auf den linken Arm und wurde mit einem Rettungswagen in ein Krankenhaus gebracht. Dort wurde er in der Abteilung für Unfallchirurgie/Orthopädie behandelt. Über eine eigene Abteilung für Kinderheilkunde, insbesondere Kinderunfallchirurgie und -orthopädie, verfügte das Krankenhaus nicht.

### Die strittige Behandlung

Der behandelnde Arzt stellte eine Fehlstellung im linken Oberarm fest. Röntgenologisch wurde anschließend eine vollständig dislozierte supracondyläre Humerusfraktur diagnostiziert und eine Operationsindikation gestellt. Die Operation erfolgte noch am Unfalltag. Nachdem der Versuch einer geschlossenen Reposition misslang, entschloss sich der Arzt zu einer offenen Reposition. Hierbei wurde intraoperativ eine verschobene mehrfragmentäre Fraktur mit grober Instabilität beschrieben, sodass sich die Reposition mühsam gestaltete. Es wurden insgesamt vier Kirschnerdrähte eingebracht und anschließend eine Oberarmgipsschiene angelegt. Der postoperative Verlauf gestaltete sich unauffällig. Bei der Röntgenkontrolle am ersten postoperativen Tag befandete der Arzt eine „regelrechte Stel-

lung und Metallimplantatlage“. Am dritten postoperativen Tag erfolgte eine Röntgenkontrolle in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Dort wurde eine „leichte Abkippung des Gelenkblockes nach dorsal“ festgestellt. Eine weitere Behandlung erfolgte dort nicht.

### Der weitere Verlauf

Fünf Wochen nach der Operation bemerkte ein Arzt des MVZ, dass die eingebrachten Kirschnerdrähte die Haut perforierten und stellte die Indikation zur Entfernung. Der Arzt im Krankenhaus entfernte die Drähte daraufhin sechs Wochen nach der Operation. Sieben Wochen nach der Operation wurde die Ruhigstellung beendet. Der Arm wies eine spontane Beweglichkeit von 0/50/90 Grad auf. Röntgenologisch wurden eine zunehmende Durchbauung der Fraktur und ein „leichter Drehfehler, der tolerabel ist“ beschrieben.

Elf Wochen nach der Operation wurde bei einer Röntgenkontrolle eine vollständige Konsolidierung dokumentiert. Zu diesem Zeitpunkt wurden erstmalig eine Varusfehlstellung von circa 15 Grad und eine Antekurvation von circa 35 Grad beschrieben. Es wurde Physiotherapie verordnet.

Im vierten und sechsten postoperativen Monat wurde dann eine Beugeeinschränkung bei 90 Grad bei Überstreckbarkeit des Gelenkes befundet. Der Arzt im Krankenhaus thematisierte eine Korrekturosteotomie und teilte dem Antragsteller mit, dass diese erst mit Erreichen des sechsten Lebensjahrs sinnvoll sei.

Von einem anderen niedergelassenen Arzt wurde eine Überweisung in ein Zentrum für Kindertraumatologie ausgestellt. Dort wurde das Behandlungsergebnis als nicht ausreichend erachtet und eine frühe Korrektur der Fehlstellung empfohlen. Zehn Monate nach der ersten Operation wurde eine Korrekturosteotomie durchgeführt.

## Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, kam zu dem Ergebnis, dass die Operation indiziert gewesen und fachgerecht durchgeführt worden sei. Jedoch zeigten die intraoperativen Röntgenaufnahmen sowie die Aufnahmen vom ersten und dritten postoperativen Tag bereits eine deutliche Fehlstellung. Schon zu diesem Zeitpunkt sei in der seitlichen Sicht ein erheblicher Achsknick von etwa 40 Grad zu sehen gewesen. In der anteroposterior-Sicht bestehe ein Seitversatz des distalen Fragments nach radial und ein Valgusknick von etwa 10 Grad. Fehlerhaft sei diese deutliche Fehlstellung nicht erkannt worden.

## Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachter in allen Punkten an. Zwar wurde das Operationsziel nicht erreicht, da eine anatomische Reposition weder in geschlossener noch in offener Technik gelang, doch spricht dies allein nicht für ein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen. Der ärztliche Behandlungsvertrag ist nach der herrschenden Rechtsprechung als Dienstvertrag zu qualifizieren. Ein Behandlungserfolg kann ärztlicherseits nicht garantiert werden und ist insofern auch nicht geschuldet. Dementsprechend kann allein aus dem Ausbleiben eines (vollständigen) Behandlungserfolgs beziehungsweise aus dem Fortbestehen von Beschwerden per se keine Haftung des Arztes folgen.

### Diagnosefehler: Befundung der Röntgenbilder

Allerdings lag ein Diagnosefehler vor, da eine Fehlstellung bereits auf den intraoperativ sowie unmittelbar postoperativ angefertigten Röntgenaufnahmen zu sehen ist. Diese wurde nicht erkannt. Stattdessen wurde eine „regelrechte Reposition und Materiallage“ beziehungsweise eine „leichte Abkipfung des Gelenkblocks nach dorsal“ beschrieben. Außerdem hätte bereits frühzeitig eine Revisionsoperation in-

diziert und durchgeführt werden müssen. Das Ergebnis hätte nicht so hingenommen werden dürfen; die Fehlstellung musste zwangsläufig zu einer Funktionsbehinderung führen. Im Zweifel hätte der Antragsteller an eine Klinik mit einer Kindertraumatologie überwiesen werden müssen.

### Kausalität und Gesundheitsschaden

Kausal fehlerbedingt kam es zu einer Behandlungsverzögerung von zehn Monaten sowie zu Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Ein zweiter operativer Eingriff wäre jedoch auch bei fachgerechtem Vorgehen in jedem Fall erforderlich geworden. Die Notwendigkeit einer Revisionsoperation kann insofern nicht als kausale Fehlerfolge qualifiziert werden.

Es ist auch nicht mit dem erforderlichen Beweismaß nachweisbar, dass die Funktionseinschränkung bei frühzeitiger Revisionsoperation vermieden worden wäre. Vorliegend spricht bereits die „Schwere der Grunderkrankung“, also das Vorliegen einer erheblich dislozierten Fraktur, für verbleibende Funktionsdefizite. Es kann nicht mit dem erforderlichen Beweismaß nachgewiesen werden, dass mögliche Funktionsdefizite bei früherer Revisionsoperation vermieden worden wären. Etwaige Beweissicherheiten gehen aufgrund der Beweislastverteilung zu Lasten der Patientenseite.

## Take-Home-Message

Es ist gerade für Frakturen bei Kindern stets auf eine genaue Befundung der Röntgenbilder zu achten und die Risiken eines posttraumatischen Fehlwachstums sind abzuschätzen. Wegen ihres geringen Korrekturpotentials verdienen Frakturen im Bereich des Ellenbogens eine besondere Beachtung. Nicht umsonst sind drei der fünf sogenannten Kadiläsionen in diesem Bereich lokalisiert – die suprakondyläre Humerusfraktur zählt dazu. Bei postoperativen Fehlstellungen ist deshalb die Indikation zur frühzeitigen Revisionsoperation großzügig zustellen. Im Zweifel kann es sinnvoll sein, das Kind zum Einholen einer Zweitmeinung an eine Einrichtung mit ausgewiesener kindertraumatologischer Expertise zu überweisen.

Svenja Geschwandtner, Juristin  
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen  
Privatdozent Dr. med. Marc Schult  
Facharzt für Allgemein Chirurgie, Schwerpunkt: Unfallchirurgie; Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Schwerpunkt: Unfallchirurgie