

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Komplikationen nach einer Operation müssen abgeklärt und kommuniziert werden: Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, mit ihren Patientinnen und Patienten die voraussichtliche Entwicklung und mögliche weitere Maßnahmen zu besprechen.

Anlass des Schlichtungsantrags

Die Patientin hatte sich bei einem Sturz in der Häuslichkeit eine pertrochantäre Oberschenkelfraktur zugezogen und ging davon aus, dass die erste Operation dieser Oberschenkelfraktur durch die Antragsgegnerin fehlerhaft durchgeführt worden sei, da das Bein nach der Operation schief gewesen und nach links gefallen sei. Daher sei eine zweite Operation erforderlich geworden. Aber auch diese Operation sei fehlerhaft durch die Antragsgegnerin durchgeführt worden, da danach der Fuß nach rechts ausgeschlagen habe und beim Laufen gegen die linke Ferse gekommen sei. Die Patientin hat sich mit ihrem Anliegen an die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen gewandt, um die Angelegenheit unabhängig und neutral medizinisch begutachten und juristisch bewerten zu lassen.

Die strittige Behandlung

Die Patientin hat sich bei einem Sturz in der Häuslichkeit am 17. April eine pertrochantäre Oberschenkelmehrfragmentfraktur zugezogen. Im Hause der Antragsgegnerin wurde in der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie eine geschlossene Reposition und Osteosynthese mit einem PFNA-Oberschenkelnagel durchgeführt. Im postoperativen Röntgenbild und in der klinischen Untersuchung zeigte sich der Verdacht auf einen Innendrehfehler. Eine CT-Untersuchung bestätigte einen Innenrotationsfehler von 34 Grad. Daher erfolgte am 21. April eine Revisionsoperation mit Außenrotation und erneuter Verriegelung. Klinisch bestand postoperativ jedoch jetzt ein Außenrotationsfehler. Am 28. April wurde die Patientin in die Geriatrie des Hauses entlassen und am 12. Mai von dort in die Häuslichkeit.

Der weitere Verlauf

Die Patientin wurde im weiteren Verlauf andernorts vorstellig. Am 20. Juli wurde dabei folgender Befund festgehalten: „Druckschmerzen im rechten Leistenbereich. Sonst kein DS des rechten Oberschenkels. Beweglichkeit der rechten Hüfte aktiv assistiv Extension/Flexion 0/0/100°, Abduktion/Adduktion 20/0/20°, Außenrotation/Innenrotation 40/10/0°, rechtes Knie ohne DS gut beweglich.“ Der Röntgenbefund ergab: „Schaft etwas nach außen rotiert, sonst gute Stellung des Osteosynthesematerials und orthograde Stellung.“ Im Rahmen weiterer Vorstellungen wurde die Möglichkeit einer Hüft-TEP-Implantation angesprochen, zu der Zeit aber eine Ope-

ration nicht empfohlen, da die Fraktur gut durchbaut war und kaum Schmerzen vorhanden waren. Eine Beeinträchtigung bestand beim Gehen und Fahrradfahren. Es war zu vermehrten Stürzen durch Stolpern infolge der Fehlstellung gekommen. Nichtsdestotrotz war im weiteren Verlauf nicht zu einer operativen Revision geraten worden.

Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, kam zu dem Ergebnis, dass fehlerhaft die erkannte Außenrotation nicht abgeklärt und mit der Patientin besprochen worden sei.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachter an, dass fehlerhaft keine ausreichende Abklärung der Rotationsfehlstellung erfolgte und mit der Patientin die verbliebene Rotationsfehlstellung nicht besprochen worden war.

Durchführung der Operation und Revisionsoperation

Dass es hier sowohl nach der Primäroperation als auch nach der Revisionsoperation zu einer Fehlrotation (zunächst Innenrotation, danach Außenrotation) gekommen war, war nicht auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen. Es handelt sich dabei um eine verfahrensimmanente Komplikation, die nie gänzlich vermeidbar ist. In diesem Fall war jeweils im Einzelfall zu prüfen, ob die Komplikation trotz richtigen ärztlichen Handelns aufgetreten ist und damit unvermeidbar und nicht fehlerbedingt war oder ob sie infolge eines fehlerhaften Handelns eingetreten ist und damit vermeidbar und fehlerbedingt war.

Es ergaben sich im vorliegenden Fall keine Hinweise auf eine fehlerhafte Durchführung der Primäroperation und der Revisionsoperation. Die Operationsberichte haben jeweils ein nachvollziehbares und fachgerechtes intraoperatives Vorgehen wiedergegeben. Die Rotationsfehlstellungen waren hier somit als unvermeidbare Komplikationen zu bewerten und nicht auf ein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen zurückzuführen.

Nach der Primäroperation wurde dabei fachgerecht auf die Komplikation reagiert mit weiterer Abklärung mit CT und Revisionsoperation. Dieses wurde nach der Revisionsoperation

fehlerhaft unterlassen. Die Außenrotation wurde erkannt und als Ursache eine muskuläre Schwäche angenommen. Es wurde allerdings weder eine klinische Untersuchung bezüglich dieser Außenrotation dokumentiert noch eine Röntgenuntersuchung durchgeführt. Auch im Verlegungsbericht in die Geriatrie wurde die vermehrte Außenrotation nicht erwähnt.

Es hätte also eine weitere Verifizierung der Außenrotation erfolgen müssen und der Patientin die Möglichkeit einer erneuten operativen Derotation dargelegt werden müssen.

Die rechtlichen Konsequenzen

Fehlerbedingt ist die Fraktur in Rotationsfehlstellung verheilt. Dadurch hatte die Patientin Beeinträchtigungen beim Gehen und beim Fahrradfahren. Es war vermehrt zu Stolperstürzen gekommen. Aufgrund der im Verlauf eingetretenen Frakturkonsolidierung war eine Operation nicht mehr empfohlen worden. Dies wäre vermeidbar gewesen, wenn bereits nach der Revisionsoperation mit der Patientin über die Außenrotation gesprochen worden wäre und ihr eine erneute Operation zur Derotation angeboten worden wäre, da zu diesem Zeitpunkt eine Konsolidierung noch nicht eingetreten war: „Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“ (§ 630 cC Abs. 2 S. 1 BGB).

Exkurs: Das Unterlassen der klinischen und radiologischen Kontrolle stellt unter Umständen sogar einen Befunderhe-

bungsfehler mit einer entsprechenden Beweislastumkehr dar; dies konnte im vorliegenden Fall jedoch offenbleiben, da es auf eine Beweislastumkehr zur Schadensfeststellung nicht entscheidend ankam. Ein Befunderhebungsfehler birgt aufgrund der Beweislastumkehr ein großes Haftungsrisiko (siehe auch: Fall der Schlichtungsstelle in der nä-Ausgabe Januar/Februar 2023).

Der kausale Gesundheitsschaden

Nach Einschätzung der Schlichtungsstelle erstreckt sich daher die haftungsrechtliche Einstandspflicht auf die Beeinträchtigungen durch die Außenrotation mit gestörtem Gehen und Fahrradfahren, intermittierender Einschränkung beim Laufen und häufigen Stolperstürzen.

Take-Home-Message

Kommunizieren Sie eingetretene Komplikationen mit den Patientinnen und Patienten und besprechen Sie die weitere Vorgehensweise. Aus § 630 cC Abs. 2 S. 1 BGB ergibt sich auch die Pflicht, die Diagnose, die Therapie und die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung mit der Patientin oder dem Patienten zu erläutern.

Ass. jur. Kristin Hinrichsen
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Niedersachsen
Privatdozent Dr. med. Marc Schult,
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Facharzt für Chirurgie
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle

Anzeige

Die PVS[®]
Niedersachsen

Schon aus dem erholsamen Urlaub zurück?

Dank der PVS Niedersachsen können Sie auch nach Ihrem Urlaub Ihren Arbeitsalltag ohne Abrechnungstress genießen!

www.pvs-niedersachsen.de