

Die proximale Humerusfraktur

Aus der Arbeit der Gutachterkommission

von Dr. Marion Wüller und Reinhard Baur¹

Die proximale Humerusfraktur zählt zu den häufigsten Krankheitsbildern im unfallchirurgischen Alltag.² Sie kann bei älteren Patienten bereits infolge eines einfachen Sturzes auftreten. Typische Lokalisationen eines schulternahen Oberarmbruches sind die so genannten „Hälse“ des Humerus: „Collum chirurgicum“ und „Collum anatomicum“. Abhängig von der Stabilität der Fraktur, je nachdem wie viele Knochenfragmente vorliegen und wie diese gegeneinander verschoben sind, wird eine proximale Oberarmfraktur konservativ oder auf unterschiedliche Art operativ behandelt.

AUS DER ARBEIT DER GUTACHTERKOMMISSION

„Patientensicherheit“: Unter diesem Stichwort veröffentlicht das Westfälische Ärzteblatt repräsentative Ergebnisse aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Auch wenn es dem behandelnden Arzt gelingt, ein konservatives oder operatives Behandlungskonzept zu finden, das auf die individuelle Situation des Patienten passend zugeschnitten ist, kann es nach einem gelenknahen Oberarmbruch zu Komplikationen kommen. Hierzu zählen neben Funktionseinbußen und Nervenschäden auch Humeruskopfnekrosen und Pseudarthrosen. In den

Augen des Patienten können diese Komplikationen der Ausdruck eines vermeintlichen Behandlungsfehlers sein. Stimmt die Indikationsstellung? War eine Operation notwendig oder hätte man sie besser vermieden? Ist die etwaige Osteosynthese sorgfältig nach medizinischem Standard durchgeführt worden? War die Behandlung nach der Operation richtig? Diese Fragen beschäftigen den betroffenen Patienten.

In der Regel reicht ein klärendes Gespräch mit den verantwortlichen Ärzten, um die Behandlungsabläufe zu verstehen. Bisweilen bleibt allerdings auch eine Meinungsverschiedenheit bestehen: Der Patient vermutet das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, der Arzt sieht die eingetretene Komplikation als schicksalhaft an. In solchen Fällen wenden sich die Patienten an die Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen, um durch unabhängige Sachverständigengutachten die Fragen zu klären und den Streit außergerichtlich beizulegen.

Seit dem Jahre 2005 werden die Entscheidungen der Gutachterkommissionen in der bundesweiten Datenbank MERS (Medical Error Reporting System) statistisch erfasst. Eine Auswertung der Daten für Westfalen-Lippe von Mitte 2005 bis heute hat gezeigt: In 45

Verfahren waren Komplikationen in der Folge einer proximalen Humerusfraktur Gegenstand der Auseinandersetzung. In 30 von diesen 45 Fällen waren die Frakturen osteosynthetisch versorgt worden, 15 Patienten waren konservativ behandelt worden. Neben Fehlern bei der bildgebenden Diagnostik warfen die Patienten den betroffenen Ärzten fehlerhaftes operatives Vorgehen vor.

In neun Verfahren stellte die Gutachterkommission einen Behandlungsfehler fest. Das entspricht einer Anerkennungsquote von 20 Prozent. In zehn Fällen war eine operative Behandlung nicht sorgfältig nach dem zum damaligen Zeitpunkt gültigen medizinischen Stand durchgeführt worden. Hierbei spielte die unzureichende Reposition der Fraktur mehrfach eine Rolle. In drei Fällen lagen Diagnoseirrtümer vor oder die konservative Behandlung war fehlerhaft. Komplikationen und Schäden nach operativen Eingriffen waren: Funktionseinbußen, Schmerzen, Nerven- und Weichteilschäden, Fehlstellungen, Humeruskopfnekrose und Omarthrose. Nach konserva-

¹ Reinhard Baur ist Vorsitzender Richter am OLG a. D. und Vorsitzender der Gutachterkommission, Dr. Marion Wüller ist Ärztin der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe

² Meffert, Rainer H., Eden, Lars (2010): Komplikationen bei der Behandlung von gelenknahen und Gelenkfrakturen, in: Wirth, Carl-Joachim (Hrsg.): Komplikationen in Orthopädie und Unfallchirurgie. Vermeiden – erkennen – behandeln. Stuttgart: Thieme, S. 216

Zurück ins Leben

Hilfe bei Depressionen, Sucht, Burn-out und Angststörungen

Beratung und Infos (kostenfrei)

0800 32 22 322


Oberberg

Psychotherapie Psychiatrie Psychosomatik

Schnelle und nachhaltige Hilfe durch hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte. Grundlage des Heilungsprozesses bildet das individuelle emotionale Profil und der achtsame Umgang mit den Ressourcen unserer Patienten. Eine Sofortaufnahme ist auch im akuten Krankheitsstadium möglich. Direktkontakt zu unseren Chefärzten finden Sie unter www.oberbergkliniken.de

Die Standorte: Berlin/Brandenburg, Schwarzwald, Weserbergland



tiver Behandlung kam es ebenfalls zu Funktionseinbußen, Schmerzen, Omarthrose oder Pseudarthrose des Humerus.

Kasuistik

Ein 62-jähriger Patient strauchelte während einer Wanderung. Bei dem Versuch sich abzufangen, brach der rechte Oberarmknochen schulternah. Nach Erstversorgung der Fraktur am Unfallort wurde der Patient in ein heimatnahes Krankenhaus gebracht. Dort wurde die Indikation zur operativen Versorgung der erheblich dislozierten Mehrfragmentfraktur gestellt und diese nach ausführlicher Aufklärung mit dem Einverständnis des Patienten durchgeführt.

Laut Operationsbericht musste bei der schwierigen Reposition der Humeruskopf aus mehreren Teilen zusammengesetzt werden. Anschließend wurde die Fraktur mit einer Winkelplatte stabilisiert. Die postoperative Röntgenkontrolle zeigte einen regelrechten Sitz des Osteosynthesematerials. Nach Entfernung der Drainagen wurde die Fraktur am zweiten postoperativen Tag für Pendel- und Sägeübungen unter krankengymnastischer Anleitung frei gegeben. Die nächste Röntgenaufnahme wurde am siebten postoperativen Tag durchgeführt. Hier konnte in der seitlichen Aufnahme eine geringe Frakturdislokation nicht sicher ausgeschlossen werden. Dennoch verließ der Patient am siebten postoperativen Tag das Krankenhaus und begab sich in ambulante Weiterbehandlung.

Drei Wochen später konsultierte der Patient erneut den Operateur, um die Weiterbehandlung abzusprechen. Eine Röntgenkontrolle zeigte die Fraktur in unveränderter Stellung und die Lage des Osteosynthesematerials war regelrecht. Eine Steigerung des Bewegungsausmaßes wurde erlaubt. Fünf Wochen postoperativ schien die Fraktur bei einer weiteren Kontrolluntersuchung röntgenologisch beginnend knöchern konsolidiert zu sein.

Sechs Monate nach dem Unfallereignis führten Schmerzen den Patienten erneut in das Krankenhaus. Die Röntgenaufnahmen zeigten nun bei unveränderter Plattenlage eine beginnende Humeruskopfnekrose, die schultergelenkseitig zur Abflachung des Knochens führte, wodurch eine kraniale Schraube den Oberarmkopf eben überschritt. Nach ausführlicher Aufklärung wurde mit dem Einverständnis des Patienten das Metall entfernt, die Schulter postoperativ mobilisiert und der Patient in die ambulante Weiterbehandlung entlassen. Der Patient stellte sich danach nicht wieder in der Klinik, in der die Osteosynthese durchgeführt worden war, vor. Er litt in der Folgezeit an zunehmenden Funktionseinbußen der Schulter; schließlich war die Implantation eines künstlichen Schultergelenkes nicht zu umgehen.

Antrag bei der Gutachterkommission

Der Patient wandte sich Beschwerde führend an die Gutachterkommission. Er sah es als behandlungsfehlerhaft an, dass sein Arm nach der ersten Operation nicht ausreichend fixiert worden sei und dass dann auch die Metallentfernung nicht die erhoffte Besserung der Beschwerden gebracht hätte. Der betroffene Arzt nahm zu dem Behandlungsfehlervorwurf Stellung und führte aus, dass seines Erachtens kein Fehlverhalten vorliege.

Ärztliche Gutachten

Es wurden zwei unfallchirurgische Gutachten in Auftrag gegeben. Die beiden ärztlichen Mitglieder der Gutachterkommission werteten den Sachverhalt, der sich aus den Angaben der Beteiligten und der Behandlungsdokumentation ergab, sehr sorgfältig und gründlich aus und kamen zu dem Ergebnis, dass die Behandlung sach- und fachgerecht durchgeführt worden sei.

INFORMATION FÜR PATIENTEN

Eine für Patienten informative und anschauliche Darstellung des Krankheitsbildes und der Therapiemöglichkeiten bietet die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie im Internet. Unter http://www.dgu-online.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/DGU_Patienteninformation_Proximale_Humerusfraktur_f_01.pdf gibt es auch ein Patienten-Informationsblatt zum Herunterladen.

Die Behandlung des Patienten während des ersten stationären Aufenthaltes, bei den ambulanten Kontrollen und bei der Metallentfernung sei sach- und fachgerecht erfolgt. Die proximale Mehrfragmentfraktur des Humerus sei nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft durch eine winkelstabile Platte versorgt worden. Da die Fraktur postoperativ als übungstabil eingeschätzt wurde, sei es richtig gewesen, Pendel- und Sägeübungen durchzuführen. Eine Ruhigstellung der Fraktur sei nicht angezeigt gewesen.

Bescheid

Der Vorsitzende Jurist der Kommission schloss sich den Überlegungen der Gutachter an. Bei der im weiteren Verlauf eingetretenen Nekrose des Humeruskopfes handele es sich um ein schicksalhaftes Ereignis, welches als Folge der Humerusfraktur mit mehreren Fragmenten in der Literatur als bekanntes Risiko beschrieben sei. Es könne bei einer derartigen Verletzung zu einer Beschädigung der zuführenden Blutgefäße und damit zu Durchblutungsstörungen im Humeruskopfbereich kommen, was den behandelnden Ärzten nicht als Fehler angelastet werden könne. Gleiches gelte für die Metallentfernung zirka ein halbes Jahr nach der Verletzung. Es habe sich eine Pseudarthrose im lateralen Anteil der Fraktur gefunden. Auch diese Verletzungsfolge sei schicksalhaft und beruhe nicht auf einem Behandlungsfehler des Antragsgegners.

■ Haben Sie Fragen zu diesem Artikel, der Arbeit der Gutachterkommission oder zu Behandlungsfehlern im Allgemeinen? Die Gutachterkommission beantwortet Ihre Fragen gern: Tel. 0251 929-2367, wueller@aeckw.de