

Beinverlust durch nicht indizierte, fehlerhaft implantierte Hüftprothese

Zusammen mit dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein veranstaltet die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein am 30. April 2014 in Düsseldorf eine Fortbildung zum Thema „Hüftendoprothetik – Indikation – Operation – Nachsorge“. Aus diesem Anlass wurden die in den vergangenen fünf Jahren erhobenen einschlägigen Behandlungsfehler-vorwürfe und gutachtlich festgestellten Behandlungs- und Aufklärungsfehler ausgewertet.

von **Dietrich Schöllner,**
Ulrich Smentkowski, Beate Weber

Der Anteil der Vorwürfe zu Hüftendoprothesen an der Gesamtzahl der medizinischen Begutachtungen beträgt seit vielen Jahren circa drei Prozent der insgesamt medizinisch überprüften Begutachtungen. Die Vorwürfe bestätigten sich in den Abschlussjahren 2009 bis 2013 in 101 von 307 Verfahren (Behandlungsfehler-Quote 32,9%), darunter bei 64 von 211 primären Endoprothesen bei Coxarthrose (Tabelle 1).

Am häufigsten wurden intraoperative Versäumnisse (n=75) festgestellt (Mehrfachnennung); postoperative Fehler lagen bei 59 Patienten vor (Tabelle 2). Eine Risikoaufklärungsrüge war in vier von 49 Fällen begründet, darunter war ein Verfahren, in dem die mangels wirksamer Einwilligung rechtswidrige Behandlung als solche durchaus sachgerecht war.

Nachfolgend ein Fallbeispiel, bei dem es um die Prüfung des Vorwurfs ging, die fehlerhafte Implantation einer Hüfttotalendoprothese rechts wegen Coxarthrose habe zu einer Schenkelhalsfraktur geführt. Nach erfolglosem Versuch, sie zu versorgen, sei schließlich wegen einer nicht beherrschbaren chronischen Osteomyelitis eine hohe Oberschenkelamputation erforderlich gewesen.

Wann und auf wessen Veranlassung sich der 61-jährige Patient präoperativ im belasteten Krankenhaus vorstellte, war

den Unterlagen nicht zu entnehmen. Zur Begutachtung vorgelegt wurden präoperative Röntgenaufnahmen vom 14. Juli des tiefen Beckens und Oberschenkels a. p. rechts, die einen Zustand nach Nagelung des rechten Oberschenkels vor 20 Jahren mit verheilter Fraktur im mittleren Drittel des Femurschaftes zeigten. Es stellte sich ein weitgehend normales Hüftgelenk dar. Der Gelenkspalt war in allen Abschnitten circa 4 mm breit. Eine auffallende Sklerosierung des Pfannendaches lag nicht vor. Es fand sich ein kleiner Osteophyt am unteren Pfannenrand. Eine Lauenstein-aufnahme lag nicht vor.

Am 16. Juli wurde dem Patienten durch einen Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie unter der Diagnose „Coxarthrose rechts“ eine Oberflächenprothese Typ Cormed rechts, Kopfgröße 4, Pfanne 50 zementfrei implantiert. Die am 18. Juli gefertigte postoperative Röntgenkontrollaufnahme zeigte den Zustand nach Oberflächenersatzoperation des rechten Hüftgelenks. Es war ersichtlich, dass die Hüftkappe mit Stiel ungenügend fest auf den Schenkelhalsstumpf aufgeschlagen war, weshalb keine genügend feste Verbindung zwischen Implantat und vorgefrästem

Schenkelhals eintreten konnte. Das Acetabulum war unsachgemäß ausgefräst und wies bei 12.00 Uhr und bei 1.00 Uhr einen weiten Abstand zum metallenen Prothesenkopf auf.

Eine Röntgenaufnahme vom 23. Juli (7. postoperativer Tag) zeigte einen Zustand nach Ausbruch der Oberflächenprothese aus dem Schenkelhals mit Abkipfung des Implantates um circa achtzig Grad nach medial-caudal. Der Erstopera-teur führte am selben Tag eine Hüftre-vision durch. Geplant war, eine im Femurschaft zu verankernde Prothese einzusetzen. Hierzu musste zunächst der Künt-scher-Nagel entfernt werden, was aber misslang. Welche Ausschlaginstrumente verwandt wurden, wurde im OP-Bericht nicht erwähnt. Diesem Bericht zu Folge wurde nunmehr versucht, den Künt-scher-Nagel durch transfemorale Bohrung zwischen mittlerem und unterem Drittel zu zerteilen. Dabei kam es im Teilungsbe-reich zu starken Beschädigungen und zur Zerstörung des Femurs auf langer Strecke, ohne dass es gelang, eines der beiden Nagelfragmente herauszuschlagen. Um die Operation provisorisch zu Ende zu führen, wurde ein dreißig Zentimeter langer Pre-

Tabelle 1
Vorwürfe und festgestellte Behandlungsfehler bei Hüftgelenksendoprothesen-implantationen in den gutachtlichen Entscheidungen der Gutachterkommission Nordrhein der Jahre 2009–2013

Zeitraum 1.1.2009 – 31.12.2013	n	in % v. n	BF bejaht	BF-Quote in %
Anzahl aller Begutachtungen	7.484	100,0	2.277	30,4
• davon Anteil an Vorwürfen zu Hüftgelenksendoprothesen	307	4,1	101	32,9
Begutachtungen bei primärer Hüftgelenksendoprothese	260	3,5	83	31,9
• davon Coxarthrose (bei Diagnose ex post*)	211	2,8	64	30,3
Begutachtungen bei sekundärer Hüftgelenksendoprothese	47	0,6	18	38,3

* Eine Hauptdiagnose pro Verfahren, BF = Behandlungsfehler, n = Zahl der Fälle

Tabelle 2

Festgestellte Einzelfehler* bei Hüftgelenksendoprothesenimplantationen in den Begutachtungen der Gutachterkommission Nordrhein der Jahre 2009 – 2013

Zeitraum 1.1.2009 – 31.12.2013	BF bejaht
Anzahl der Begutachtungsverfahren	2.277
davon Anteil an Vorwürfen zu Hüftgelenksendoprothesen	101
davon*	
• Fehlende Indikation zum Eingriff	5
• Fehlerhafte präoperative Planung	7
• Intraoperative Fehler	75
• Postoperative Fehler	59

Tabelle 2 a

Festgestellte Einzelfehler* bei Hüftgelenksendoprothesenimplantationen in den Begutachtungen der Gutachterkommission Nordrhein der Jahre 2009 – 2013

Zeitraum 1.1.2009 – 31.12.2013	BF bejaht
Anzahl der Begutachtungsverfahren	2.277
davon Anteil an Vorwürfen zu Hüftgelenksendoprothesen	101
Fehlende Indikation zum Eingriff	5
Fehlerhafte präoperative Planung	7
Intraoperative Fehler (max. 1 x pro Verfahren)	75
davon*	
• Intraop. Vorgehen (28), Zementierung (4), Nervenläsion (5), Gefäßläsion (1), Spongiosaauffüllung (1)	39
• Fehlimplantation der Pfanne (19), Schaft (8)	27
• Prothesenwahl (14), Schaft zu kurz (5)/zu groß (1), Pfanne zu klein (2)/ zu groß (1)	23
• Intraoperative Rö verkannt (13), versäumt (2)	15
• Fehlende Antibiotika-Prophylaxe	2
• Lagerung	1
• Dokumentation OP-Bericht	6
Postoperative Fehler (max. 1 x pro Verfahren)	59
davon*	
• Rev.-OP unzureichend (17), verspätet (6), versäumt (7), ohne Indikation (1)	31
• Rö p.o. verkannt (19), verspätet (2), versäumt (1)	22
• Postoperative Untersuchung/Reaktion auf Befund (8), Infektion (6), Nachblutung (2), Beinlängendifferenz (2), Nervenläsion (2), Gefäßarrosion (1), Vitalparameter (1)	22
• Antibiotika versäumt (3), verspätet (1), zu späte Umstellung (1)	5
• Ossifikationsprophylaxe versäumt	1
• Sicherungsaufklärung versäumt	7
• Dokumentationsmangel	2

*Mehrfachnennung möglich

vot-Stift in den Oberschenkel eingebracht. Die Knochenfragmente wurden mit Cerc-lagen um den Prevot-Stift und die Femur-reste zur vorläufigen Stabilisierung fixiert.

Postoperativ wurde der Patient am 4. August zur weiteren Behandlung in eine Orthopädische Universitätsklinik verlegt. Dort wurde am 9. März des Folgejahres ein inzwischen implantierter MRP-Titan-schaft entfernt und durch einen Femur-ganzersatz (custom made) ersetzt.

Ab dem 2. April fand eine weitere stationäre Behandlung in der belasteten Klinik statt. Bei der Aufnahme waren alle Operationswunden reizlos trocken und gut verheilt. Motorik und Sensibilität waren intakt. Die Kraft im rechten Bein war vermindert. Radiologisch zeigte sich ein guter Sitz der Femurganzprothese.

Eine andernorts begonnene antibiotische Behandlung wurde fortgeführt. Dennoch zeigte sich eine mäßige Erhöhung der Entzündungsparameter (CRP-Anstieg von 0,5 auf 40 mg/l in zwei Tagen). Obwohl aus medizinischer Sicht eine strenge stationäre Kontrolle für erforderlich gehalten wurde, lehnte der Patient trotz ausdrücklicher Aufklärung einen über den 19. April hinausgehenden Aufenthalt ab. Vom 22. April bis 13. Mai erfolgte eine Anschlussheilbehandlung. Hier wurden Geh- und Belastungsübungen durchgeführt und die antibiotische Behandlung fortgesetzt. Die Entzündungsparameter waren aber auch bei der Entlassung aus dieser Klinik noch erhöht.

Es folgten drei weitere stationäre Aufenthalte in der Orthopädischen Universitätsklinik wegen einer Fistelung am rechten Oberschenkel, die zu einer chronischen Osteomyelitis mit Fistel – auch am Becken und am Oberschenkel – führte und nur durch eine hohe Oberschenkelex-artikulation im Juni des nachfolgenden Jahres saniert werden konnte.

Beurteilung des Sachverhalts

Das stellvertretende Geschäftsführende Kommissionsmitglied stellte im gutachtlichen Bescheid mehrere – in der Summe schwerwiegende – Behandlungsfehler fest, die zum Verlust des Oberschenkels im Hüftgelenk führten. In Ermangelung einer ausreichenden Befunderhebung und bei fehlendem Nachweis einer Coxarthrose war der Eingriff nicht indiziert. Zudem wurden weder die Erst- noch die Revisionsoperation fehlerfrei durchgeführt.

1. Fehlerhafte Indikation

Es war fehlerhaft, ohne Erhebung der Anamnese und eines klinischen Untersuchungsbefundes sowie ohne radiologische Darstellung des rechten Hüftgelenkes in der zweiten Ebene (Lauenstein-Aufnahme) die Diagnose einer Coxarthrose zu stellen. Die in der a. p. Ansicht dargestellten Veränderungen am rechten Hüftgelenk rechtfertigten keine Endoprothese.

2. Unzureichender Ersteingriff

Die Oberflächenersatzoperation wurde auch unsachgemäß durchgeführt und endete mit einem Fehlschlag. Der Kopf-Hals-Komplex erschien auf der postoperativen Aufnahme 13 mm länger als auf der präoperativen Aufnahme. Das ließ darauf schließen, dass die Kopffräsung behandlungsfehlerhaft ungenügend tief erfolgte oder der Metallkopf ungenügend tief aufgeschlagen wurde. Damit konnte es zu keiner formschlüssigen Verbindung zwischen dem Kopf-Hals-Stumpf und dem Implantat kommen. Diese insuffiziente Verbindung war die Ursache des Kopf-/Schenkelhalsbruchs beziehungsweise Kopfausbruchs aus der Verbindung mit dem Knochen bereits sieben Tage nach der Implantation. Dieser Umstand wurde behandlungsfehlerhaft weder intra- noch postoperativ bei der Röntgenkontrolle bemerkt und beseitigt. Der metallene Oberflächenersatz brach unter Zerstörung des Schenkelhalsknochens aus dem Schenkelhals aus und verlagerte sich in die Weichteile.

3. Fehlerhafte Revisionsoperation

In dieser Situation wäre es angezeigt gewesen, den Patienten einem erfahrenen Operateur zu überlassen. Behandlungsfehlerhaft versuchte der Operateur gleichwohl mit unzureichenden Mitteln die Situation selbst zu beherrschen. Er wollte nun den Cormed-Prothesenschaft durch einen in der Markhöhle zu verankernden Endoprothesenschaft ersetzen. Dazu musste er erst den dort einliegenden Küntscher-Nagel entfernen. Dieser Nagel saß jedoch zu fest und war mit den verfügbaren Instrumenten nicht auszuschlagen. Richtig wäre jetzt gewesen, die Operation an diesem Tage abbrechen und am Folgetag – nach Beschaffung eines geeigneten Ausschlag-Hakens für den Küntscher-Nagel und eines schwereren Hammers – den Nagel auszuschlagen und danach die femorale Komponente einer Hüftendoprothese zu implantieren.

Haftung bei fehlender Indikation

Ein diagnostischer oder therapeutischer Eingriff, der medizinisch nicht indiziert oder kontraindiziert ist, ist fehlerhaft, auch wenn er sorgfältig durchgeführt wird. Die Indikation muss durch die Dokumentation der Anamnese, der Beschwerden oder die Befunderhebung – zumindest vertretbar – belegt sein. Der Arzt haftet ansonsten für alle Komplikationen, die aus dem Eingriff resultierten, selbst wenn sie auch bei ordnungsgemäßem Vorgehen nicht stets sicher vermeidbar sind.

Stattdessen versuchte der Operateur, den Küntscher-Nagel in der Mitte durch transfemorale Bohrung zu zerteilen und von der Durchtrennungsstelle her aus dem Femur zu entfernen. Bei diesem – frustrierten – Versuch kam es zu der Femurfraktur und zu weiteren Zertrümmerungen des Oberschenkelknochens in der Umgebung der Fraktur. Erst nach diesem Fehlschlag entschloss sich der Operateur zur Verlegung des Patienten in eine andere Klinik.

Das Fehlschlagen der nicht notfallmäßig auszuführenden Operation beruhte auf ungenügender Vorbereitung der Operation und dem Fehlen geeigneter Instrumente und war deshalb dem Operateur als Übernahmeverschulden zur Last zu legen. Die aufgezeigten Behandlungsfehler waren Anlass für die operative Weiterbehandlung in der Orthopädischen Universitätsklinik. Unter dem Einfluss der schwersten Knochenzerstörungen trat nachfolgend eine nicht beherrschbare Infektion des Oberschenkelknochens ein, die eine Ausheilung ohne Amputation unmöglich machten und das Leben des Patienten gefährdete.

Professor Dr. med. Dietrich Schöllner ist stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. **Dr. med. Beate Weber** und **Ulrich Smentkowski** gehören deren Geschäftsstelle an.



Beratungstag im Haus der Ärzteschaft Sonntag, 30. März 2014 ab 10 Uhr

Aufgrund der positiven Resonanz auf die bisherigen Beratungswochenenden bieten wir den Mitgliedern unseres Versorgungswerkes erneut die Gelegenheit, sich von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Versicherungsbetriebes in einem persönlichen Gespräch zu Fragen des Versicherungsverhältnisses – außerhalb der üblichen Geschäftszeiten – beraten zu lassen.

Beratung von 10:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Angeboten wird zusätzlich ein etwa 30-minütiger Vortrag, in dem die Systematik der Rentenberechnung und die alljährlich versandte Mitteilung über die Rentenanwartschaften erläutert werden. Dieser Vortrag wird zu zwei Uhrzeiten angeboten.

Vortrag Beginn 10:30 Uhr

Vortrag Beginn 14:00 Uhr

Ein weiterer etwa 45-minütiger Vortrag beschäftigt sich mit der Thematik „Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung“ und der geänderten Befreiungspraxis.

Vortrag Beginn 12:00 Uhr

Die Vereinbarung eines individuellen Termins ist leider nicht möglich.

Veranstaltungsort: Nordrheinische Ärzteversorgung, Versicherungsbetrieb
Block C/D, 3. Etage, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf