



Schaden & Unfall

Mediale Schenkelhalsfraktur mit Hüftkopfnekrose bei chronischem Alkoholabusus – eine Kasuistik

von Dr. med. Thomas Kausch, MedGut, Gutachterbüro Malteser-Krankenhaus St. Hildegardis, Köln

Die Anzahl der Schenkelhalsfrakturen liegt in Deutschland derzeit bei 90/100.000 Einwohnern und es wird mit einem weiteren Anstieg durch die Veränderung der Altersstruktur auf 135/100.000 gerechnet (Janssen/Meffert). Neben den oft letalen Verläufen in höherem Lebensalter aufgrund von sekundären Komplikationen sind bei der Hüftkopfnahme, medialen Schenkelhalsfraktur auch lokale Komplikationen nach Osteosynthese durch ein Absterben des Hüftkopfes (Hüftkopfnekrose) in bis zu 30% beschrieben. Folge ist in der Regel dann die endoprothetische Versorgung. Eine Abgrenzung von Hüftkopfnekrosen anderer Genese sollte in diesen Fällen gutachterlich erfolgen, da diese auch bei Cortisontherapie, Fettstoffwechselstörungen, der Taucherkrankheit und besonders häufig bei chronischem Alkoholabusus vorkommen.

Kasuistik

Der 56-jährige Proband stürzt mit seinem Vesparoller auf die rechte Körperseite, weil er vom Fahrer eines PKW beim Rechtsabbiegen übersehen wird. Der Unfall wird polizeilich aufgenommen. Der Proband kann nicht mehr aufstehen und das rechte Bein steht in Fehlstellung. Er wird unmittelbar in das nächstgelegene Krankenhaus gebracht und hier wird eine mediale Schenkelhalsfraktur Typ Pauwels 2 festgestellt (entsprechend einer Neigung der Bruchebene zur Horizontalen von 30° bis 50°). Weitere Verletzungen finden sich nicht. Eine Osteoporose ist nicht erkennbar und im Bereich des Hüftgelenks zeigen sich keine degenerativen Veränderungen. Hinweise für eine Hüftkopfnekrose finden sich nicht. Noch am Unfalltag erfolgt die Versorgung der wenig dislozierten Fraktur mit einer dynamischen Hüftschraube. Die Wunde heilt primär.

Während des stationären Aufenthalts fällt eine deutliche Erhöhung der Transaminasen auf und der Proband schildert einen Alkoholkonsum von täglich mindestens einem Liter Wein und zusätzlich Schnaps nach dem Essen. Eine Fettleber mit beginnendem zirrhotischem Umbau wird im Ultraschall nachgewiesen. Eine Blutprobe war zum Unfallzeitpunkt nicht entnommen worden.

Nach einem achttägigen Krankenhausaufenthalt wird eine dreiwöchige stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt und der Proband anschließend an Unterarmgehstützen unter Vollbelastung entlassen. Hier ist er zunächst beschwerdefrei und

Inhalt

Mediale Schenkelhalsfraktur mit Hüftkopfnekrose bei chronischem Alkoholabusus – eine Kasuistik	1
Kasuistik	1
Diskussion	2
Sozialmedizin/häusliche Versorgung	3
Bewertung des Dauerschadens	3

nimmt keine Schmerzmittel mehr ein. Der Proband ist allein-
stehend und nicht erwerbstätig. Er bezieht Arbeitslosengeld II.

Während des Rehabilitationsaufenthalts ist eine Fortsetzung
des Alkoholkonsums dokumentiert. Der Proband nimmt
psychologische Einzelgespräche in Anspruch und nimmt an
einem Schulungsseminar zum Thema Alltagsdrogen teil. Am
Ende der Maßnahme habe er seinen Alkoholkonsum redu-
ziert, ohne diesen vollständig zu unterlassen.

Nach vier Monaten unter häuslichen Bedingungen stellen
sich dann belastungsabhängige Schmerzen in der rechten
Leiste ein mit zunehmend eingeschränkter Beweglichkeit. Die
schmerzfremde Gehstrecke reduziert sich innerhalb einer Woche
auf maximal 50 Meter. Ein Schmerzmittelkonsum wird wieder
begonnen mit dreimal täglich Ibuprofen 600 und ergänzend
Novaminsulfon unter hausärztlicher Behandlung.

Nach fünf Monaten erfolgt die Vorstellung beim Orthopäden
und hier ist eine deutliche Bewegungseinschränkung mit
rechtshinkendem Gangbild festzustellen. Röntgenologisch ist
eine Hüftkopfnekrose bei beginnender Perforation der Osteo-
synthese im Schraubenbereich und deutlicher Einstauchung
erkennbar.

Nach Einweisung in die primär versorgende Klinik erfolgt
hier ein vollständiger Ausbau der Osteosynthese und die
Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes. Nach zehn
Tagen Aufenthalt erfolgt erneut eine Rehabilitationsmaß-
nahme und die Entlassung.

Abb. 1: Röntgenbild



Bei Untersuchung acht Monate nach dem Unfallgesche-
hen ist der Proband mit einem Fritzstock links geführt
gefähig. Einen sicheren Einbeinstand kann er rechts nicht
ausführen mit deutlicher Schwäche der stabilisierenden
Muskulatur, auch links fällt ein unsicherer Einbeinstand
mit stabilen Muskelverhältnissen auf. Die Beweglichkeit
der rechten Hüfte ist gegenüber links in Beugung, Absprei-
zung und Rotation deutlich eingeschränkt. Röntgenolo-
gisch zeigt sich eine orthograd implantierte Endoprothese
des rechten Hüftgelenks ohne Lockerungszeichen und
ohne periartikuläre Ossifikationen.

Diskussion

Das Unfallgeschehen mit Sturz auf die rechte Körperhälfte
und hierbei zugezogener Schenkelhalsfraktur rechts ist
gesichert. Der Unfallschaden ist durch die polizeilichen
Protokolle, die medizinische Aktenlage und hier die zeitnahe
klinische und bildgebende Diagnostik im Vollbeweis gesi-
chert. Zweifel an einer unfallbedingten Schenkelhalsfraktur
ergeben sich nicht. Ein vermeintlicher Alkoholkonsum des
Probanden ist wegen fehlender Blutentnahme nicht zu
sichern, wenngleich der weitere Verlauf und die Diagnostik
entsprechende Hinweise ergeben.

Das gewählte operative Verfahren mit osteosynthetischer
Versorgung kann bei fehlender Degeneration des Hüftgelenks
und zunächst fehlenden Zeichen einer Hüftkopfnekrose als
adäquat angesehen werden, wenngleich auch eine primäre
endoprothetische Versorgung zum Unfallzeitpunkt möglich
gewesen wäre.

Auch die Komplikation im weiteren Verlauf mit Entwicklung
einer Hüftkopfnekrose ist bei einer Rate für diese Komplikation
von bis zu 30% (je nach Literaturangabe) noch als typische
Folge der osteosynthetischen Versorgung einer Schenkelhals-
fraktur zu bewerten.

Hier ist allerdings zu diskutieren, ob der chronische und lang-
jährige Alkoholabusus mit bereits deutlichen Leberverände-
rungen als ätiologisch bedeutsam für die Entwicklung dieser
Komplikation einzuschätzen ist. Für die Einschätzung von
zentraler Bedeutung ist hier der röntgenologische Verlauf und
bei Zweifeln eventuell ein Erkrankungsregister der Krankenver-
sicherung vor dem Unfallgeschehen.

Röntgenologisch war zum Unfallzeitpunkt keine Nekrose
des Hüftkopfes nachweisbar, auch degenerative Verände-
rungen waren nicht zu erkennen. Erstmalig zeigten sich
nekrotische Veränderungen mit dann schon eingebroche-
nem Hüftkopf fünf Monate nach dem Unfallgeschehen und
der zeitnah durchgeführten osteosynthetischen Versorgung.
Auch im röntgenologischen Verlauf waren keine Zeichen
der Nekrose zu erkennen und die Fraktur war zu diesem
Zeitpunkt vollständig konsolidiert.

Die Anamnese bezüglich Hüftbeschwerden vor dem Unfall
war leer. Ein Erkrankungsverzeichnis lag nicht vor.

Die Inzidenz der Nekrose des Hüftkopfs bei Alkoholismus ist prozentual im Promillebereich anzunehmen. Ob eine erhöhte Nekroserate bei Schenkelhalsfraktur und zusätzlich chronischem Alkoholabusus anzunehmen ist, kann durch die einschlägige Literatur nicht eindeutig belegt werden. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ist somit das Trauma mit nachfolgend medialer Schenkelhalsfraktur und Osteosynthese für die Hüftkopfnekrose als weit überwiegend ursächlich einzuschätzen. Damit ist auch die nachfolgende endoprothetische Versorgung des Hüftgelenks wegen eingetretener Hüftkopfnekrose kausal dem Unfallgeschehen zuzuordnen.

Sozialmedizin/häusliche Versorgung

Als medizinisch im weiteren erforderliche Maßnahmen sind neben der jeweiligen Versorgung in der Akutklinik (zunächst Osteosynthese und dann Endoprothese) die anschließend durchgeführte stationäre Rehabilitation anzusehen. Die ambulante Frequenz der Krankengymnastik ist mit dreimal wöchentlich für vier Wochen und bis zur zwölften postoperativen Woche mit zweimalig wöchentlich anzugeben (Thomann). Auch eine begleitende Krankengymnastik für anschließend drei Monate kann noch gerechtfertigt sein. Als Hilfsmittel sind Unterarmgehstützen, ein Rollator oder später auch ein Fritzstock nahezu regelhaft erforderlich, in einzelnen Fällen auch ein Rollstuhl. Medikamentös sind jeweils nichtsteroidale Antirheumatika als Schmerzmittel, aber auch um Verknöcherungen zu vermeiden, initial erforderlich.

Berufliche Einschränkungen ergeben sich im vorliegenden Fall bei Arbeitslosigkeit nicht. Grundsätzlich sind leichte körperliche Tätigkeiten sowohl nach Osteosynthese, als auch nach Endoprothese im Regelfall nach acht bis zwölf Wochen wieder möglich. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten erfordern eine längere Zeit von 10 bis 20 Wochen. Bei schweren körperlichen Tätigkeiten ist nach Endoprothese eine aufgehobene Leistungsfähigkeit nicht selten, nach stabiler verheilter Osteosynthese ohne Nekrose und ohne Degeneration sind Zeiten der Arbeitsunfähigkeit bis 26 Wochen möglich.

Die Haushaltsführung ist zu 100 % bis zum Ende der ersten Woche nach Entlassung aufgehoben für leichte Tätigkeiten. Für durchschnittliche Hausarbeiten ist die Entlastung an Gehstützen maßgeblich und beträgt 100 % für diesen Zeitraum und 50 % für einen sechswöchigen Folgezeitraum. Für weitere drei Monate sind 30 % einzuschätzen (Thomann). Für schwere Tätigkeiten ist 100 % für die Phase der Entlassung als adäquat anzusehen und für weitere drei Monate ab Beginn der Vollbelastung. Für weitere drei Monate schlägt Thomann 50 % vor.

Bewertung des Dauerschadens

Hier ergibt sich in der abschließenden Beurteilung nach Endoprothese eine MdE von 20 % analog der Einschätzung im Rechtsgebiet der gesetzlichen Unfallversicherung. Bei günstigem Verlauf ohne Hüftkopfnekrose und ohne umformende Veränderungen des Hüftgelenks wären auch 10 % möglich gewesen. Der vermeintliche Alkoholkonsum ist bei fehlendem Nachweis durch eine zeitnah zum Unfall entnommene Blutprobe nicht relevant.

Über den Autor

Dr. med. Thomas Kausch

ist seit 1993 orthopädisch-unfallchirurgischer Gutachter und führt das MedGut Gutachtenbüro (www.medgut.info) am Malteser-Krankenhaus St. Hildegardis in Köln mit weiteren Standorten in Frankfurt/Main und Bad Neuenahr. Er ist Referent der Gen Re Business School, der Akademie für Sozialmedizin in Berlin und der Dresden International University (Fortbildung Medizinischer Sachverständiger cpu) sowie Lehrbeauftragter der Deutschen Sporthochschule. Zuvor war er langjährig Ärztlicher Direktor der Kliniken Bad Neuenahr und Chefarzt der Wicker-Klinik/Wirbelsäulenklinik Bad Homburg v. d. H.



Herausgeber

General Reinsurance AG
Theodor-Heuss-Ring 11
50668 Köln
Tel. +49 221 9738 0
Fax +49 221 9738 494

Redaktion

Dr. Marianne Kutzner (verantwortlich),
Markus Burbach, Gerhard Riedel
Tel. +49 221 9738 678
Fax +49 221 9738 824
marianne.kutzner@genre.com
www.genre.com/business-school

Layout

gläser projekte GmbH, Köln