

Die verkannte Oberschenkelhalsfraktur

Klagt eine Patientin, die bis auf den fehlenden Patellarsehnenreflex neurologisch unauffällig ist, auch nach mehrwöchiger konservativer Behandlung unter Schmerzen im Bein, muss der (weiter-)behandelnde Arzt die Primärdiagnose Bandscheibenvorfall dringend auf den Prüfstand stellen. Dies gilt umso mehr, wenn der Arzt operativ feststellt, dass die Verdachtsdiagnose unzutreffend war.

von Michael Schirmer und Lothar Jaeger

An dieser Stelle wurde schon mehrfach aus der Gutachterkommission über Fälle berichtet, in denen die Ursache von Schmerzen im Oberschenkel diagnostisch verkannt und falsch behandelt wurde. Im Folgenden wird ein ungewöhnlicher Fall dargestellt, bei dem sich Ärzte einer weiterbehandelnden Klinik in fehlerhafter Weise einer primären Fehldiagnose anschlossen.

Der Fall

Die damals 52-jährige Antragstellerin bemerkte in der Nacht von Donnerstag auf Freitag beim Aufstehen aus dem Bett einen extrem starken Schmerz im gesamten linken Bein und konnte erst nach einigen Stunden mühsam den ärztlichen Notdienst herbeirufen, der sie am Freitag in die Chirurgische Klinik eines Krankenhauses einwies. Am Montag erfolgte eine Computertomographie der Lendenwirbelsäule. Die Bilder ließen unschwer erkennen, dass bei der Patientin eine Skoliose vorlag, was sich auch auf den am Folgetag angefertigten Röntgenaufnahmen bestätigte. Von den befundenden Radiologen wurde auf dem Computertomogramm eine laterale Bandscheibenprotrusion bei LW_{3/4} links gesehen, die sich nur auf einer einzigen Schicht darstellte und die auf der skoliotischen Verbiegung der Lendenwirbelsäule mit daraus resultierender nicht achsengerechter Darstellung im Computertomogramm beruhte.

Unter der unzutreffenden Diagnose eines Bandscheibenvorfalles LW_{3/4} links wurde die Patientin fast drei Wochen kon-

servativ behandelt, ohne dass sich eine Besserung einstellte. Deshalb entschloss man sich, die Patientin in einer Neurochirurgischen Klinik vorzustellen. Hier wurden klinisch keine eindeutigen Lähmungen und kein sensibles Defizit festgestellt. Es fand sich lediglich das Fehlen des linken Patellarsehnenreflexes. Die Neurochirurgen schlossen sich der Diagnose eines Bandscheibenvorfalles bei LW_{3/4} links lateral an und übernahmen die Patientin zur Operation. Sicherheitshalber erfolgte zuvor noch eine magnetische Resonanztomographie, die einen ähnlich vagen Befund bei LW_{3/4} links ergab wie die vorangegangene Computertomographie.

Offenbar war dieser Befund für die handelnden Neurochirurgen nicht aussagefähig genug, weshalb sie zusätzlich eine periradikuläre Therapie bei LW_{3/4} links vornahm. Hiernach war die Patientin praktisch beschwerdefrei.

Nun wurde die Indikation zur Operation gestellt und die Patientin dreieinhalb Wochen nach dem akuten Ereignis nach sorgfältiger Aufklärung fachgerecht operiert. Der offensichtlich erfahrene neurochirurgische Oberarzt stellte die Nervenwurzel durch einen lateralen Zugang dar. Zwar war das operative Vorgehen – wie bei extraforaminalen Bandscheibenvorfällen sehr oft – durch massive venöse Blutungen gestört. Dennoch schreibt der Operateur eindeutig, dass kein Bandscheibenvorfall vorlag.

Nach diesem Eingriff ging es der Patientin zunächst besser, die Schmerzen ließen etwas nach, aber unter fortschreitender Mobilisierung traten erneut Probleme im linken Knie auf. Nun wurde orthopädischerseits eine Patellaverlagerung diagnostiziert und eine Behandlung mit Kniebandagen und krankengymnastischen Übungsbehandlungen empfohlen.

Einen Monat nach der primären Behandlung wurde die Patientin in eine – am Begutachtungsverfahren nicht beteiligte – Rehabilitationsklinik verlegt. Von dort wurde sie nach fast drei Wochen in die behandelnde Neurochirurgische Klinik zurückverlegt, weil die Beschwerden im linken Bein weiter zugenommen hatten. Man entschloss sich zu einer Elektromyographie, einer Myelographie und einer Post-

myelo-Computertomographie, ohne dass diese aufwändigen – und im Falle der Myelographie invasiven – Untersuchungen wegweisende Befunde ergaben. Nachdem auch eine erneute periradikuläre Therapie die Beschwerden nicht besserte, wurde die Patientin noch einmal in der Orthopädischen Klinik vorgestellt, wo schließlich acht Wochen nach dem akuten Ereignis eine Oberschenkelhalsfraktur links diagnostiziert und operativ behandelt wurde.

Beurteilung

Das Besondere an diesem Fall ist – wie bereits einleitend erwähnt –, dass sich sowohl die erstaufnehmende Chirurgische Klinik als auch die weiterbehandelnde Neurochirurgische Klinik an der falschen Diagnose eines Bandscheibenvorfalles orientiert haben. Es war aus den Unterlagen nicht nachvollziehbar, warum bei dem klinischen Bild eines akuten Schmerzes im linken Bein primär an einen Bandscheibenvorfall gedacht wurde, da zunächst Angaben über neurologische Ausfälle völlig fehlten. Erst die neurochirurgische Untersuchung nach drei Wochen zeigte ein Fehlen des Patellarsehnenreflexes, so dass zumindest eine neurologische Ursache in Betracht gezogen werden musste. Dass die Patientin das linke Bein nicht bewegen konnte, wurde offensichtlich als schmerzbedingt gewertet. Eine dringend gebotene weiterführende klinische oder radiologische Untersuchung der Extremität wurde aber nicht durchgeführt, obwohl die Ärzte der Neurochirurgischen Klinik offensichtlich Zweifel an der Diagnose des Bandscheibenvorfalles hatten, weshalb sie präoperativ noch die magnetische Resonanztomographie veranlassten, dies mit dem ebenso unbedeutenden Befund bei LW_{3/4} links wie bei der drei Wochen zuvor im primär aufnehmenden Krankenhaus durchgeführten Computertomographie. Zu einem weiteren Fehlschluss führte der Umstand, dass die Patientin nach der dann erfolgten periradikulären Therapie beschwerdefrei war. Hierbei wurde nicht bedacht, dass man durch die Injektion des Lokalanästhetikums die Schmerzleitung unterbrach.

Spätestens als der offensichtlich versierte Operateur bei dem anschließenden Eingriff keinen Bandscheibenvorfall fand, hätte an eine andere Ursache gedacht werden müssen, was aber leider nicht geschah.

Die primäre Fehldiagnose und der nahezu bedingungslose Glaube an die bildgebenden Befunde haben für die Patientin zu einer vermeidbaren achtwöchigen Leidenszeit geführt. Der Vorwurf eines eindeutigen Diagnosefehlers musste sowohl den am Verfahren beteiligten Ärzten der erstbehandelnden chirurgischen wie auch den weiterbehandelnden Ärzten der Neurochirurgischen Klinik gemacht werden.

Fazit

Zwar wäre ein (einfacher) Diagnosefehler grundsätzlich kein Behandlungsfehler. Das gilt aber nicht, wenn es sich – wie hier – um einen schwerwiegenden Fehler handelt, der sich gegebenenfalls zugleich als Befunderhebungsfehler erweist.

Schon die Ärzte der Chirurgischen Klinik stellten die falsche Diagnose Bandscheibenvorfall LW3/4 und berücksichtigten bei dieser Diagnose unter anderem nicht die skoliotische Verbiegung der Lendenwirbelsäule. Zur weitergehenden Dia-

gnostik hätte Anlass bestanden, nachdem sich unter der konservativen Behandlung keine Besserung einstellte. Differenzialdiagnostische Erwägungen hätten nahegelegen, weil die Patientin extrem starke Schmerzen im linken Bein hatte, neurologische Defizite aber nicht festzustellen waren. Hier war es eher fernliegend, an einen Bandscheibenvorfall zu denken.

Die Ärzte der Neurochirurgischen Klinik schlossen sich der falschen Diagnose Bandscheibenvorfall an, obwohl auch sie keine nennenswerten neurologischen Defizite feststellten. Sie hatten zwar offensichtliche Zweifel an der Diagnose Bandscheibenvorfall, weshalb sie die MRT-Untersuchung veranlassten, die aber keinen eindeutigen Befund ergab. Die periradikuläre Therapie war diagnostisch nicht zielführend, weil durch die Injektion des Lokalanästhetikums die Schmerzleitung unterbrochen wurde. Auch hier fehlten differenzialdiagnostische Erwägungen, erst recht, nachdem sich durch die fehlerhafte Operation herausgestellt hatte, dass ein Bandscheibenvorfall gerade nicht vorlag.

In jedem Fall hätten weitere Befunde erhoben werden müssen, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die (zutreffende) Diagnose der Oberschenkelhals-

fraktur ergeben hätten. Die festzustellenden schwerwiegenden Diagnosefehler begründen aus folgenden rechtlichen Gründen eine Haftung der beteiligten Kliniken: Da es sich um sogenannte Befunderhebungsfehler handelt, kommt es zur Umkehr der Beweislast, weil dringend gebotene weitere klinische oder radiologische Untersuchungen der Extremität jedenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die zutreffende Diagnose ergeben hätten. In diesem Fall wäre die Nichtreaktion auf den Befund einer Oberschenkelfraktur ein grober Behandlungsfehler, der zur Umkehr der Beweislast führt. Das bedeutet, dass die Behandlungsseite darlegen und beweisen müsste, dass der Krankheitsverlauf ohne die Behandlungsfehler identisch gewesen wäre, ein Nachweis, der hier nicht geführt werden kann.

Professor Dr. Michael Schirmer ist korrespondierendes Mitglied für das Fachgebiet Neurochirurgie und zugleich stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied, **Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht Köln a. D. Lothar Jaeger** ist Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

Anzeige

Ihre Praxis-Drucksachen

Von der Visitenkarte zum Praxisführer bis zum personalisierten Anschreiben an Ihre Patienten – professionell gestaltet und kostengünstig produziert!



- Praxisführer
- Visitenkarten
- Briefbögen/Briefumschläge
- Kurzmitteilungen/Faxformulare/Terminkarten
- personalisierte Anschreiben
- Rezepte
- Logoentwicklung

Wir sind auch kompetente Ansprechpartner für

- **Privatdrucksachen zu jedem Anlass wie** Personalisierte Einladungen, Visitenkarten, Kalender, Postkarten, Urkunden.



Unser Team berät Sie gerne über die vielfältigen Möglichkeiten und übernimmt die professionelle Gestaltung Ihrer individuellen Drucksache. Wir freuen uns auf Ihren Anruf und eine kreative Zusammenarbeit.

WWF
DRUCK + MEDIEN GMBH

Am Eggenkamp 37-39 · 48268 Greven
Telefon 02571/9376-0 · Telefax 02571/9376-50
e-mail: druck@wwf-medien.de

www.wwf-medien.de