

Fehlerhafte Diagnose und Behandlung einer angeborenen Hüftdysplasie

Die Hüftdysplasie ist die häufigste orthopädische Erkrankung bei Neugeborenen. Die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein befasste sich vor Kurzem mit einem Fall, der Anlass gibt, auf die methodischen Grundsätze und geforderten Standards bei der sonografischen Diagnostik von Hüftdysplasien hinzuweisen.

von Felix Bläker und Karl Joseph Schäfer

Die Hüftdysplasie ist die häufigste orthopädische Erkrankung bei Neugeborenen. Ihre Ursache ist eine Hüftreifungsstörung. Sie tritt vor allem bei Mädchen auf. Es gibt eine familiäre Belastung.

Ihre klinischen Zeichen bestehen in einer Asymmetrie der Gesäßfalten, einem spürbaren, eventuell auch hörbaren Klick bei Beugung und Abduktion der Oberschenkel in Rückenlage des neugeborenen Kindes oder des Säuglings und in einer Abspreizhemmung der Beine. Die klinischen Zeichen sind unsicher.

Deshalb ist die Ultraschalldiagnostik der Hüften als Bestandteil der Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung entwicklungsgefährdender Gesundheitsschäden eingeführt worden. Sie ist für die dritte Vorsorgeuntersuchung (U 3) im Alter von vier bis fünf Wochen vorgesehen. Die Untersuchung kann vom Kinderarzt, einem Facharzt für Allgemeinmedizin oder einem Orthopäden vorgenommen werden, wenn der Untersucher zum Beispiel durch Teilnahme an entsprechenden Kursen der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) die notwendigen Kenntnisse über den standardisierten Untersuchungsgang der Hüftsonografie erworben hat. Die Ultraschalldiagnostik erspart im Allgemeinen eine Röntgenaufnahme, die zwar zuverlässige Ergebnisse liefert, aber mit einer gonadennahen Strahlenbelastung verbunden ist.

Die Gutachterkommission hatte sich unlängst mit einem Fall zu befassen, der Anlass gibt, auf die methodischen Grund-

sätze und geforderten Standards bei der sonografischen Diagnostik von Hüftdysplasien hinzuweisen.

Sachverhalt

Die Antragstellerin wurde im Alter von drei Monaten auf Veranlassung des Kinderarztes mit der Diagnose Hüftdysplasie links der beschuldigten Ärztin für Orthopädie vorgestellt. Sowohl bei der Mutter als auch bei der Tante des Kindes mütterlicherseits bestand eine Hüftdysplasie. Der Kinderarzt hatte bei der klinischen Untersuchung eine Gesäßfaltenasymmetrie und eine Abspreizhemmung festgestellt und im Sonogramm der Hüften eine linksseitige Dysplasie erkannt. Nach wiederholter Untersuchung bestätigte die beschuldigte Ärztin die Diagnose. Sie ordnete die linke Hüfte dem Typ II g (gefährdete Hüfte) und die rechte dem Typ I a (ausgereifte Hüfte) nach Graf zu und verordnete eine Spreizhose.

Einen Monat später fertigte die Orthopädin erneut Sonogramme der Hüften und notierte in ihrer Karteikarte „linke Hüfte gebessert“. Die Behandlung sollte zunächst fortgesetzt werden.

Die zweite sonografische Kontrolluntersuchung fand einen weiteren Monat später statt.

In der Karteikarte ist festgehalten: „keine Abspreizhemmung bds.“. Der linke Hüftkopf wurde noch als kleiner beschrieben. Die Position der Hüftköpfe und die übrige im Ultraschall fassbare Morphologie der Hüften wurden als regelrecht beurteilt. Die Spreizhose wurde entfernt.

Bei der dritten Kontrolluntersuchung etwa einen weiteren Monat später fiel eine deutliche Abspreizhemmung des angewinkelten linken Beines auf. Seine Bewegung war schmerzhaft. Die Hüftsonografie bestätigte den klinischen Verdacht einer linksseitigen Hüftluxation.

Die weitere Behandlung erfolgte in orthopädischen Kliniken. Nach erfolglosen konservativen Repositionsversuchen wurde eine offene Reposition des linken Hüftkopfes vorgenommen, die erfolgreich war. Auf einer Beckenübersichtsaufnahme nach der Behandlung war der Hüft-

kopf beidseits zentral eingestellt. Der linke Hüftkopf war in seiner Entwicklung allerdings retardiert und deutlich kleiner als der rechte, auch die linke Gelenkpfanne hatte noch ein Entwicklungsdefizit.

Nicht geeignete Sonogramme

Die belastete Ärztin hat bei der Erstuntersuchung und den im Abstand von etwa einem Monat vorgenommenen Kontrollen Hüftsonogramme erstellt. Bei deren Durchsicht ist die Gutachterkommission, sachverständig beraten, zu folgenden Feststellungen gelangt:

Auf den Hüftsonogrammen sei der Abbildungsmaßstab mit 0,6:1 weitaus niedriger als der übliche und seit 1996 geforderte Abbildungsmaßstab von 1,7:1. Eine zuverlässige messtechnische Auswertung und Typisierung der Bilder sei deshalb grundsätzlich nicht möglich gewesen.

Die sonografischen Schnittebenen seien falsch gelegt worden, sodass die für exakte Winkelmessungen festgelegten vorgeschriebenen Punkte unzureichend oder gar nicht erfasst worden seien. Drei Festpunkte müssten präzise dargestellt sein: der Unterrand des Darmbeins in der Gelenkpfanne, der mittlere Pfannendachbereich und die Gelenkklippe auf dem Rand der Hüftgelenkpfanne. Die Präzision fehle hier in unterschiedlichem Ausmaß. Die Sonogramme hätten deshalb nicht ausgemessen und nicht beurteilt werden dürfen.

Ihre Beschriftung sei von Hand vorgenommen worden. Dies gelte für die Daten der Untersuchung und die Seitenzuordnung. Dabei seien Fehler unterlaufen. Die Seitenbezeichnungen seien häufig falsch gewesen oder fehlten. Auch hätten nach den eingetragenen Daten die Kopien und Originale des ersten Kontrolltermins nicht übereingestimmt. Nach den Originalaufnahmen habe bereits eine Typ IV-Hüfte links vorgelegen, die in der Auswertung von der behandelnden Ärztin jedoch als gebessert angesehen worden sei. Die der linken Hüfte zugeordnete Aufnahme, die bei der nächsten Vorstellung des Mädchens in der fachorthopädischen Praxis dazu ge-

führt habe, die linke Hüfte als ausgeheilt anzusehen, habe eindeutig von der rechten Hüfte gestammt. Die rechte Hüfte sei aber zu allen Zeiten normal gewesen. Die Verwechslung habe eine gravierende Folge gehabt. Die Behandlung sei als beendet angesehen worden, obgleich links eine nicht erkannte Luxation bestanden habe.

Insgesamt ist die Gutachterkommission zu dem Ergebnis gelangt, dass die von der beschuldigten Ärztin gefertigten Hüftsonogramme hinsichtlich Untersuchungstechnik, Seitenbezeichnung und Datierung nicht dem geforderten Standard entsprächen und für die sonografische Diagnostik nicht geeignet gewesen seien.

Mangelhafte Dokumentation des Behandlungsverlaufs

Die bei den Untersuchungen erhobenen Befunde sind lediglich in knappen Angaben in der Karteikarte erfasst und in der Sachverhaltsdarstellung wiedergegeben worden. Schriftliche Auswertungsbeefunde zu den Hüftsonografien fehlen zu allen Kontrolluntersuchungen. Nur die Befunde der Erstbegutachtung sind durch die belastete Ärztin schriftlich festgehalten worden. Dieser Bericht gebe jedoch den Befund nur mangelhaft wieder. Die Beschreibung sei nicht kongruent mit den Sonogrammen und stimme auch nicht mit den Vermessungsdaten überein, sodass eine Typisierung nicht möglich sei.

Die Gutachterkommission hat diese Fehler nicht lediglich als Dokumentationsfehler, sondern zugleich als Behandlungsfehler gewertet. Die Dokumentation der bei der Antragstellerin vorliegenden Hüftveränderungen sei nicht lediglich für die Diagnose und Therapie notwendig gewesen, sondern darüber hinaus zur Sicherung der Verlaufsbeobachtung und Weiterbehandlung. Fehle es aber an einer Dokumentation, die eine Befundbeobachtung gewährleisten solle, liege ein Behandlungsfehler vor (vgl. *Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht*, 3. Aufl., S. 597/D 434; *OLG Stuttgart, VersR* 1997, 700, 701).

Weitere Behandlungsfehler

Sachverständig beraten, hat die Gutachterkommission weitere Behandlungsfehler aufgezeigt:

Das Originalsonogramm der ersten Kontrolluntersuchung zeige links eine luxierte Hüfte vom Typ IV nach Graf. Hier

von ausgehend könne nicht bei der Erstuntersuchung etwa fünf Wochen vorher nur eine Hüfte vom Typ II g (gefährdete Hüfte) vorgelegen haben. Vielmehr müsse ein wesentlich schlechterer Hüfttyp vorhanden gewesen sein, weil es mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht möglich sei, dass sich bei einer Spreizbehandlung ein Hüftgelenk in diesem kurzen Zeitraum vom Typ II g zum Typ IV verschlechtere. Das bedeute, dass die Diagnose bei der Erstuntersuchung falsch gewesen sei. Habe aber bei der Erstuntersuchung ein schlechterer Hüfttyp als II g vorgelegen, stelle die Verordnung der Spreizhosenbehandlung einen Therapiefehler dar. Mit einer Spreizhose sei die Antragstellerin dann eindeutig untertherapiert gewesen.

Am Tag der zweiten Kontrolluntersuchung habe die Ärztin festgestellt, dass kein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Hüftgelenken mehr sei und die Spreizhose abgelegt werden könne. Einen bildlichen Beweis für diese deutliche Verbesserung gegenüber dem Zustand einen Monat vorher gebe es nicht. Wenn die Bewertung richtig gewesen wäre, müsse innerhalb von vier Wochen ein „normales“ Hüftgelenk in die schlechteste Luxationsvariante, nämlich Typ IV abgeglitten sein. Denn der Befund der dritten Kontrolluntersuchung sei nachweisbar. Das bedeute, dass auch die bei der zweiten Kontrolluntersuchung gestellte Diagnose falsch gewesen sei und die Anordnung des Ablegens der Spreizhose ebenfalls.

Zusammenfassung und Folgerungen

Zusammenfassend hat die Gutachterkommission festgestellt:

Die beanstandete Behandlung weise eine Reihe von Einzelfehlern auf, die in ihrer Summe nicht mehr verständlich erschienen und schlechterdings nicht unterlaufen dürften. Die Behandlung sei daher in ihrer Gesamtheit als schwerwiegend (grob) fehlerhaft anzusehen, was zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität für den eingetretenen Schaden führe.

Als Primärschaden sei die Hüftluxation links anzusehen, weil die fehlerhafte Erfassung der Befunde mit falscher Diagnostik und Untertherapieung geeignet gewesen sei, jedenfalls mitursächlich zu der ungünstigen Entwicklung bis zur Luxation beizutragen. Infolge der fehlerhaften Behandlung sei es zu einer Be-

handlungsverzögerung um mindestens den Zeitraum gekommen, den die Behandlung bei der belasteten Ärztin gedauert habe. Die nach Abschluss der Behandlung verbliebene Restdysplasie sei ebenfalls zum Gesundheitsschaden zu zählen. Es sei Sache der belasteten Ärztin darzulegen und zu beweisen, dass der Krankheitsverlauf ohne die Behandlungsfehler identisch verlaufen wäre. Dafür fehle es jedoch an einem Nachweis.

Zur Vermeidung von Behandlungsfehlern sollten bei der Diagnostik und Therapie von Hüftdysplasien stets die gültigen Standards und die aktuellen Leitlinien beachtet und angewandt werden:

1. Bei vorliegenden Risikofaktoren muss mit besonderer Sorgfalt nach einer Hüftdysplasie gefahndet werden. Dazu ist die Sonografie ein geeignetes Verfahren. Es ist schonend, methodisch einfach und informativ.
2. Die Hüftsonografie ist eine streng standardisierte, jederzeit reproduzierbare Methode.
3. Die vorgegebenen Standards des Untersuchungsablaufs und der Auswertung der Sonogramme müssen strikt eingehalten werden. Dazu zählen der Abbildungsmaßstab und die Schnittebenen, die die drei für die Ausmessungen entscheidenden Punkte darstellen müssen, ohne die eine Beurteilung gar nicht möglich ist.
4. Das Verfahren erlaubt bei Beachtung dieser Grundsätze eine exakte Diagnose, deren Einzelkriterien festgelegt sind. Sie geben Auskunft über die Morphologie und den Reifungszustand der Hüften, die jeweils als Typ definiert sind.
5. Bei korrektem Vorgehen entspricht die Typbezeichnung einer objektiven Diagnose, aus der sich weitere Maßnahmen ableiten lassen.
6. Die bei den Hüftsonografien erhobenen Befunde müssen dokumentiert werden.

Prof. Dr. med. Felix Bläker ist Stellvertreter des Geschäftsführendes Kommissionsmitglied und Präsident des Sozialgerichts a. D.

Dr. jur. Karl Joseph Schäfer ist Stellvertreter der Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

Weiterführende Literatur

- R. Graf, Hüftsonografie – ein update, Orthopäde 31 181 2002
- R. Graf, The Hip Sonography. Diagnosis and management of infant hip dysplasia, 2. edition, 2006
- W.N. Sankar et al., The Hip in Nelson's Textbook of Pediatrics, ed. R.M. Kliegman et al.
- Saunders Elsevier 2011