

*Erschienen im Nds. Ärzteblatt 9/2012*

## Kasuistik

Im Juli 2008 traten bei der damals elfjährigen Patientin erstmalig Schmerzen in der linken Leiste und im linken Oberschenkel auf. Deswegen erfolgte im August 2008 die Vorstellung bei einem Facharzt für Orthopädie, der nach körperlicher Untersuchung unter der Diagnose einer Skoliose und einer Haltungsschwäche – auch bei drei folgenden Praxisbesuchen – krankengymnastische Behandlungen, Reizstrom- und Ultraschalltherapie verordnete. Nach einer Verschlimmerung der Schmerzen im April 2009 wurde ein anderer Orthopäde aufgesucht, der eine linksseitige Epiphyseolysis capitis femoris (ECF) mit einem erheblichen Abkippungsgrad diagnostizierte, weswegen eine doppelseitige operative Behandlung im April 2009 erfolgte. Weitere Operationen wurden im Juni 2009 aufgrund von eingetretenen Komplikationen (Kirschnerdrahtdislokationen) notwendig.

Patientenseits wird von einer fehlerhaften Behandlung durch den primär konsultierten Orthopäden ausgegangen. Bei einer fachgerechten Befunderhebung und Diagnostik (zum Beispiel Röntgen) hätte die erforderliche Therapie frühzeitiger eingeleitet werden können.

Der in Anspruch genommene Orthopäde argumentiert, dass er die Patientin bei vier Terminen ambulant behandelt habe. Bei der Erstvorstellung seien Röntgenaufnahmen wegen des gering ausgeprägten klinischen Bildes nicht indiziert gewesen. Bis Oktober 2008 sei es zu einer Besserung gekommen, so dass ebenfalls kein Röntgen notwendig gewesen wäre. Bei den zwei weiteren Vorstellungen, zuletzt im Februar 2009, sei die Patientin beschwerdefrei gewesen.

## Gutachten

Bei Auftreten von Schmerzen im Hüft-, Oberschenkel- oder Kniebereich bei Mädchen und Jungen im pubertären Alter (zwischen zehn und 16 Jahren) sei immer an eine ECF zu denken und eine solche auszuschließen. Dazu seien Röntgenaufnahmen in zwei Ebenen

[www.schlichtungsstelle.de](http://www.schlichtungsstelle.de)  
[info@schlichtungsstelle.de](mailto:info@schlichtungsstelle.de)

**Schlichtungsstelle  
für Arzthaftpflichtfragen  
der norddeutschen  
Ärztekammern GbR**  
Hans-Böckler-Allee 3  
30173 Hannover

Telefon:  
+49 511 / 380 -2416 oder  
+49 511 / 380 -2420

absolut gefordert. Bei einem nicht sicheren Röntgenbefund müsse die Untersuchung gegebenenfalls (bei anhaltenden Beschwerden) wiederholt werden. Klinisch seien für die ECF eine schmerzhafte Innenrotation und eine reduzierte Abspreizung des betroffenen Hüftgelenkes charakteristisch. Von den verschiedenen Verlaufsformen des ECF (chronisch, akut und chronisch mit akuter Verschlechterung) träte die chronische Form am häufigsten auf. Ihr Verlauf erstreckte sich über Wochen oder Monate und sei mit Schmerzen verbunden. Die frühzeitige Diagnose, auch der chronischen Formen der ECF, sei vor allem wichtig, um das schwerwiegende sekundär akute Abrutschen zu verhindern.

Im konkreten Fall sei bei dezenten, jedoch charakteristischen Beschwerden zum typischen Alterszeitpunkt keine ausreichende Diagnostik erfolgt. Es habe sich mit größter Wahrscheinlichkeit um eine chronische Form der ECF gehandelt, die in eine akute übergegangen sei. Das akute Abrutschen sei fehlerbedingt erfolgt. Bei einer frühzeitigeren Diagnose der ECF durch bildgebende Diagnostik hätte das Abrutschen des Kopfes mit Hilfe einer Epiphyseodese verhindert werden können.

## Entscheidung der Schlichtungsstelle

Aufgrund des Alters der Patientin, der anamnestischen Angaben und des klinischen Befundes wäre es fachgerecht gewesen, bereits bei der Erstvorstellung das Vorliegen einer ECF differenzialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen und bildgebende Diagnostikverfahren zum Einsatz zu bringen.

Das gilt gleichermaßen für die weitere medizinische Betreuung bis Februar 2009, unabhängig davon, dass es zeitweise zu einer Reduzierung des Beschwerdebildes gekommen war. Der wochen- und monatelange Verlauf mit wechselnden Beschwerden ist charakteristisch für das Krankheitsbild der ECF. Das Vorgehen des Orthopäden war fehlerhaft, es wurden gebotene Befunde nicht erhoben.

Es stellt sich die Frage, inwieweit Veränderungen in der Beweislastverteilung zwischen den Parteien aus dem Befunderhebungsmangel resultieren.

Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt nach der Rechtsprechung (BGH NJW 2004, 1871 ff) dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt

hätte und wenn sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde.

Wäre die erforderliche Röntgendiagnostik vor April 2009 veranlasst worden, hätte man, wie auch der Gutachter darstellt, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die ECF vor dem Abrutschen festgestellt. Dann - in Abhängigkeit vom Ausmaß der Abkipfung des Oberschenkelkopfes zum Zeitpunkt der Diagnosestellung - nicht der Gefahr eines Abrutschens durch eine konservative (entlastende) Therapie oder der Veranlassung einer operativen Behandlung (Epiphyseodese) entgegenzuwirken, würde einen groben Behandlungsfehler darstellen.

Ein grober Behandlungsfehler, der geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, führt grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem primären Gesundheitsschaden. Es reicht aus, dass der grobe Behandlungsfehler generell geeignet ist, den eingetretenen primären Schaden zu verursachen; nahelegen oder wahrscheinlich machen muss der Fehler den Schaden hingegen nicht (vgl. BGH VersR 2004, 909). Von der Beweislastumkehr erfasst werden auch typischerweise mit dem Primärschaden verbundene sekundäre Gesundheitsschäden.

Das Unterlassen einer konservativen oder operativen Therapie ist geeignet, das Abrutschen zu verursachen. Daher sind als fehlerbedingt zu bewerten die Schmerzen und Funktionseinschränkungen über einen Zeitraum von sechs Monaten (bis Oktober 2008 zwei Monate angenommene konservative Entlastungstherapie nach Erstvorstellung) bis April 2009 (Zeitpunkt der Diagnosestellung ECF), alle im weiteren Verlauf erforderlich gewordenen operativen Eingriffe mit den damit verbundenen stationären Aufenthalten, Schmerzen und Einschränkungen und - falls sie auftreten - die Entwicklung von Dauerschäden im Bereich des linken Hüftgelenkes (Hüftkopfnekrose, Arthrose).

## Fazit

Ein „einfacher“ Befunderhebungsfehler kann unter bestimmten Bedingungen zur Beweislastumkehr und damit zu denselben weit reichenden prozessualen Konsequenzen wie ein grober Behandlungsfehler führen. Die Gratwanderung zwischen „Überdiagnostik“ und „Unterlassen gebotener Befunderhebung“ ist eine besondere Herausforderung für den behandelnden Arzt und auch für den Gutachter.