

# Pflichten bei der Befunderhebung der angeborenen Hüftdysplasie

*Jan Tübben und Roland Uphoff*

Die Kanzlei Dr. Roland Uphoff wurde von der Zeitschrift WirtschaftsWoche zur Top-Kanzlei 2014 für Medizinrecht ausgezeichnet.

In diesem Beitrag geht es um die Kernaussagen eines Urteils des OLG Düsseldorf vom 27.03.2003 (Az. I-8 U 213/01), das an Aktualität bis zum heutigen Tage nichts eingebüßt hat. Dem Rechtsstreit lag folgender Sachverhalt zugrunde



Foto: © Aleksey Khripunkov - Fotolia.com

## Der Fall

Die mit einer einseitigen Lippenspalte geborene Klägerin wurde Anfang des Jahres 1993 geboren und befand sich ab ihrer dritten Lebenswoche in ambulanter Behandlung bei der beklagten Kinderärztin. Die Beklagte empfahl wegen der Fehlbildung eine engmaschige Kontrolle der Hüften der Klägerin durch entsprechende Ultraschalluntersuchungen, die sie im zeitlichen Zusammenhang mit den kindlichen Vorsorgeuntersuchungen durchführte. Insgesamt hatten in einem Zeitraum vom 23.02.1993 bis zum 19.01.1994 fünf Ultraschalluntersuchungen stattgefunden. Zum Zeitpunkt der U6, am 06.01.1994, konnte die fast einjährige Klägerin sicher stehen und einige Schritte an Möbeln entlanglaufen, wobei asymmetrische Bewegungsabläufe nicht zu beobachten waren.

Eine am 19.01.1994 durchgeführte Hüftsonographie brachte kein eindeutiges Bild, weshalb die Beklagte den Eltern der Klägerin eine zusätzliche fachorthopädische Untersuchung empfahl. Bei dieser Untersuchung wurde eine Hüftdysplasie links mit Luxationsstellung des Oberschenkelkopfes festgestellt, welche an-

schließend bis zum 26.07.1994 mit einer so genannten Düsseldorfer Schiene und anschließend bis zum 06.10.1994 mit einer Pavlic-Bandage behandelt wurde.

Nach weiteren Untersuchungen wurde schließlich im April 1995 eine Pfannendachplastik nach Pemberton linksseitig durchgeführt.

## Der Streit

Zur Begründung ihrer Forderung nach Schmerzensgeld und Schadenersatz hat die anwaltlich vertretene Klägerin sich u.a. auf den Standard nach Graf bezogen, der für die Hüftsonographie bereits 1987 Kriterien der Standardebene mit drei Landmarks konstituiert hatte. So wurde moniert, dass die Beklagte unter schlechter Bildqualität nicht verwertbare Ultraschallbilder angefertigt hatte, welche eine Erkennung der Erkrankung vereitelt hätten. Des Weiteren wurde moniert, dass gleichwohl bereits auf einem Ultraschallbild vom 30.03.1993 (das zweite in der Serie) eine hochgradig dysplastische bzw. grenzwertige Hüfte zu erkennen gewesen sei. Die Klägerin hat sich auf den Standpunkt gestellt, dass eine operative Intervention dann nicht erforderlich

gewesen wäre, wenn zu diesem Zeitpunkt eine fachärztlich-orthopädische Weiterbetreuung sichergestellt worden wäre.

Die Klägerin hatte sich des Weiteren auf den Standpunkt gestellt, dass die niedergelassene Kinderärztin verpflichtet gewesen sei, zur Untersuchung der Klägerin die allerneuesten Geräte zur Verfügung zu haben, welche die Kriterien der Standardebene mit drei Landmarks realisierten. Des Weiteren hatte die Klägerin behauptet, dass die Beklagte verpflichtet gewesen sei, ggf. frühzeitig an einen Spezialisten, mit entsprechender gerätetechnischer Ausstattung zu überweisen.

Die Beklagte hatte sich darauf berufen, dass die bei der Klägerin bestehende Hüftgelenkdysplasie nicht vor dem Januar 1994 hätte erkannt werden können. So haben sich bei keiner der vorangegangenen Untersuchungen pathologische Winkelmessungen ergeben und die Klägerin habe darüber hinaus bis zum Januar 1994 eine völlig unauffällige altersentsprechende motorische Entwicklung gezeigt.

## Juristische Betrachtung

Der Sachverhalt ist deswegen für die klinische Praxis bedeutsam, weil er zum ei-

Wenn Sie ein spannendes Thema aus dem Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bearbeitet haben, zum Beispiel als Facharbeit oder Abschlussarbeit bei einer Fachweiterbildung oder eines Studiums, dann sind Sie herzlich eingeladen, Ihren Artikel für eine Veröffentlichung in der Zeitschrift „kinderkrankenschwester“ einzureichen.

**Call for  
Papers**

Veröffentlichen Sie  
Ihren Fachartikel

Erste Informationen können Sie den „Autoreninformationen“ auf unserer Homepage <http://kinderkrankenschwester.eu> entnehmen.

Detaillierte Auskünfte erteilt Ihnen gern unsere Redaktion,  
Telefon 0 21 51 / 50 00 81.

nen aufzeigt, dass die medizin-juristischen Anforderungen an die Einhaltung medizinischer Standards vom Versorgungsniveau abhängen können. Zum anderen untermauert er die Intensität von Befunderhebungspflichten bei Neugeborenen und Kleinstkindern, welche keinesfalls unterschätzt werden dürfen. Bereits eine diffuse Symptomlage muss, ggf. im Rahmen der möglichen Kapazitäten, durch eine entsprechende Überweisung an eine Versorgungseinrichtung der nächsthöheren Qualifikationsstufe, abgeklärt werden.

Der für das Arzthaftungsrecht zuständige Senat des OLG Düsseldorf hatte in diesem Streitfall entschieden, dass die Beklagte die Klägerin initial fehlerhaft behandelt hatte, weil die von ihr durchgeführten Sonographien keine ausreichende Grundlage für die Beurteilung boten, ob die Hüfte der Klägerin pathologisch verändert war oder nicht. Unabhängig davon, ob der Umstand, dass die Klägerin mit einer Lippenspalte geboren wurde, überhaupt besondere weiterführende Untersuchungen auf Hüftdysplasien indizierte, war die Beklagte jedenfalls angehalten, die tatsächlich durchgeführten Untersuchungen ordnungsgemäß vorzunehmen. Der Senat hatte des Weiteren darauf hingewiesen, dass die Klägerin bzw. die sie vertretenden Eltern davon ausgehen durften, dass die Beklagte die entsprechenden Untersuchungen ihrer eigenen Empfehlung entsprechend sorgfältig durchführte. Bereits seit 1993 forderten die Ultraschallrichtlinien der kassenärztlichen Vereinigung bei der Sonographie von Säuglingshüften ein Abbildungsverhältnis von 1 zu 1 auch im gedruckten Bild, weil nur dieses eine exakte Winkelmessung ermöglicht.

Der Sachverständige im vorliegenden Prozess hatte bestätigt, dass die Beurteilung der Winkelmaße anhand der Ausdrücke „in doppelter Hinsicht fehlerhaft“ war. So ermöglichten die Ausdrücke mangels eines qualifizierten Abbildungsmaßstabes keine exakte Beurteilung der Hüftgelenke. Des Weiteren waren die Ausdrücke auch qualitativ nicht geeignet, Pathologien des Hüftgelenks zu erkennen, weil auf ihnen durchgängig die drei Landmarks nach Graf nicht korrekt eingestellt waren.

Ein wenig überraschend führten allerdings nach Ansicht des OLG Düsseldorf diese eindeutigen Fehler in der Behandlung der Klägerin nicht zu einer Haftung der Kinderärztin, weil die Klägerin nicht beweisen konnte, dass eine Pathologie zu einem bestimmten Zeitpunkt vor der streitgegenständlichen Sonographie vor-

gelegen hat. Der Sachverständige hatte betont, dass es durchaus möglich sei, dass die Hüfte erst unter der Belastung durch das Aufstehen und Laufenlernen des Kindes auffällig geworden ist. Es konnte weiterhin nicht festgestellt werden, dass die Erkrankung der Klägerin bzw. der Heilungsverlauf bei einer früheren Entdeckung wesentlich anders abgelaufen wäre.

Im Ergebnis hätte die Klägerin den Prozess somit nur gewinnen können, wenn sie in den Genuss einer Beweislastumkehr gekommen wäre. Solche Beweislastumkehrungen kennt das deutsche Medizinrecht insbesondere für zwei Konstellationen: 1. Die unterlassene Befunderhebung und 2. den groben Behandlungsfehler.

#### **Zu 1:**

Die erste Fallgruppe begründet eine Beweislastumkehr dann, wenn die Behandlungsseite es unterlassen hat, medizinisch gebotene Befunde in ausreichendem Maße zu erheben und zu unterstellen ist, dass bei ordnungsgemäßer Erhebung mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiger Befund zutage gefördert worden wäre. Es wird dann weiter danach gefragt, ob die Nichtreaktion auf einen solchermaßen zu unterstellenden Befund ihrerseits grob fehlerhaft gewesen wäre. Die Betrachtung spielt sich also in einem fiktiven Beurteilungsspielraum ab.

#### **Zu 2:**

Die zweite Fallgruppe (grober Behandlungsfehler) ahndet ein medizinisches Fehlverhalten, welches aus objektiv medizinischer Sicht derart unverständlich ist, dass es einen durchschnittlich erfahrenen Facharzt/einer durchschnittlich erfahrenen Fachärztin schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Die Beweislastumkehrungen sollen der Patientenseite einen Ausgleich dafür schaffen, dass durch eine Fehlleistung der Behandlungsseite das Ursachenspektrum einer Erkrankung vergrößert wurde und die Patientenseite im Nachhinein nicht mehr darlegen und beweisen kann, worauf konkret der Schaden zurückzuführen ist bzw. wie sich die Krankheitsentwicklung im Detail (zeitlich und räumlich) entwickelt und abgespielt hat.

Vorliegend hat das Oberlandesgericht keinen Befunderhebungsfehler unterstellt, da es die Ansicht vertreten hat, dass ein streitgegenständlicher Befund ja tatsächlich erhoben wurde, nur eben qualitativ unzureichend. Indes wird deutlich, dass

eigentlich auch ein solcher Verstoß gegen den medizinischen Standard konsequenterweise als Fehler der Befunderhebung angesehen werden muss: Die Anforderungen an die Erhebung als Grundlage für eine differenzierte Diagnostik und Therapie werden nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs streng beurteilt. Maßgebend ist zum einen stets, was der medizinische Standard gebietet, nicht nur, was der mit der Behandlung befasste Arzt im Einzelfall annimmt (BGH, Urteil vom 16.03.1999 – VI ZR 34/98). Dies umfasst auch, dass Maßnahmen so durchgeführt werden, dass dem Krankheitsbild des Patienten Rechnung getragen wird. Dies muss sinngemäß natürlich beinhalten, dass der Befund in einer Art und Weise erhoben wird, dass er überhaupt die Interpretation in Richtung eines Krankheitsbildes zulässt. Dies hatte die beklagte Kinderärztin im vorliegenden Fall versäumt.

Insofern könnte man darüber streiten, ob es sich hier um einen Diagnosefehler (Verkennung eines tatsächlich erhobenen Befundes) oder nicht eben doch um einen Fehler in der Befunderhebung (Nichterhebung eines gebotenen Befundes) handelt, weil schlicht und einfach der zu fordernde Befund überhaupt nicht hinreichend abgebildet ist oder eben trotz Abbildung nicht objektiv auswertbar ist. Der vorliegende Sachverhalt kommt der zweiten Fallgruppe nach diesseitiger Einschätzung jedenfalls deutlich näher, weil die Beklagte Kinderärztin ist und die Frage einer mutmaßlichen Hüftdysplasie ja gerade anhand der ausgedruckten Bilder beurteilen wollte, die allerdings eine Diagnostik überhaupt nicht zuließen. Dies kommt der Nichterhebung der geforderten Befunde gleich. Insofern ist das Urteil des OLG Düsseldorf durchaus ein streitbares.

Insbesondere müsste man entsprechend den Ausführungen des Sachverständigen im vorliegenden Fall zu der Erkenntnis kommen, dass die Nichterhebung der Befunde aus objektiv medizinischer Sicht nicht mehr verständlich war, da die entsprechenden Beurteilungskautelen im Jahre 1993 bereits publiziert und Allgemeingut im medizinischen Standardspektrum bei der Abklärung kindlicher Hüftdysplasien war. Indes hat nach Dafürhalten des zuständigen Arzthaftungssenats des OLG Düsseldorf weder die Anhörung des Sachverständigen noch der Parteivortrag zweifelsfrei ergeben, dass sich das Fehlverhalten der beklagten Ärztin als aus objektiv medizinischer Sicht derart unverständlich erwiesen habe, dass

es einer durchschnittlich erfahrenen Kinderärztin nicht passieren durfte. Nur in einem solchen Falle wäre die Klägerin auch in den Genuss einer Beweislastumkehr gelangt.

## Versorgungsniveau kann entscheidend sein

Der Sachverhalt wäre möglicherweise anders zu beurteilen, wenn die streitgegenständliche Behandlung in einem Klinikum der höheren Versorgungsstufe erfolgt wäre. Dies bleibt natürlich spekulativ, sollte jedoch gleichwohl bei der Beurteilung eines solchen Sachverhalts nicht unerwähnt bleiben. Es spricht zumindest einiges dafür, dass mit einer entsprechenden apparatetechnischen Ausstattung eine ordnungsgemäße Auswertung der erhobenen Befunde möglich gewesen wäre und dementsprechend auch eine frühere Erkennung des Krankheitsbildes die Folge gewesen wäre. Zwar ist der Sorgfaltsmaßstab auch bei der Beurteilung ärztlicher Standarduntersuchungen objektiv typisierend bestimmt und nicht subjektiv individuell; jedoch kommt es auf die im jeweiligen Fachkreis des Arztes zu fordernde Sorgfalt (praktischer Arzt, Facharzt, Krankenhausstufe) an. So wird der Facharzt in der ambulanten wie in der stationären Krankenbetreuung zwar am objektiven Facharzt-Standard gemessen (BGH Urteil vom 21.11.1995 – VI ZR 341/94). Hinsichtlich des apparativen Soll-Standards ist die Rechtsprechung gleichwohl bestimmt, von dem Versuch, eine mittlere Linie zu halten zwischen dem Kostenaufwand und beständigem apparativen Modernisierungsdruck einerseits sowie der Gewährleistung der Patienteninteressen an Behandlungsqualität und Behandlungssicherheit andererseits (Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 5. Aufl. B6). Zwar schuldet die Behandlungsseite nicht das jeweils neueste Therapiekonzept und auch nicht eine dem immer neuesten Stand entsprechende apparative Ausstattung. Stets ist allerdings eine einem modernen Standard gerecht werdende apparative Grundausstattung erforderlich, entsprechend den vorauszusetzenden Behandlungsbedingungen der jeweiligen stationären Versorgungsstufe (niedergelassene Ärztin/Kreiskrankenhaus/Universitätsklinik). Unterschritten ist der zu fordernde apparative Standard dann, wenn eine neue apparative Technik für den Patienten risikoärmer oder weniger belastend ist und/oder bessere Heilungschancen verspricht,

in der medizinischen Wissenschaft im Wesentlichen unumstritten ist und in der Praxis verbreitet Anwendung findet (vgl. OLG Frankfurt, VersR 1991, 185).

Es bleibt unter diesen Gesichtspunkten spekulativ, wie der obige Sachverhalt entschieden worden wäre, wenn er sich in der Ambulanz eines Universitätsklinikums oder eines Orthopäden abgespielt hätte, da in diesem Fall jedenfalls auch aus der mutmaßlich defizitären apparatetechnischen Ausstattung der niedergelassenen Kinderärztin keine Beweislastumkehr im Sinne eines groben Organisationsverschuldens resultierte. Darüber hinaus hatte der Sachverständige darauf hingewiesen, dass die Darstellung der Standards mit den drei Landmarks keine Frage der apparativen Ausstattung, sondern vielmehr eine Frage der Aufnahme-technik sei.


## Gesteigerte Befunderhebungspflicht bei diskreten anamnestischen Faktoren

Dass ist nicht der einzige Fall, der sich mit der Problematik der kindlichen Hüftdysplasie befasst. Die Besonderheit des vom OLG Düsseldorf entschiedenen Sachverhalts ist, dass der Befundung einer Hüftdysplasie keinerlei anamnestische Faktoren vorausgegangen sind, sondern es sich vielmehr um die Nichtabklärung dieses Befundes im Rahmen von Routineuntersuchungen handelte.

Anders ist ein vergleichbarer Sachverhalt zwangsläufig zu beurteilen, wenn sich anamnestisch vor- bzw. nachgeburtliche Symptome zeigten, die den Befund einer Hüftdysplasie nährten. So haben sich aus der Befassung mit Gutachten aus dem neonatologischen Bereich insbesondere die anamnestischen Faktoren einer „Geburt nach Beckenendlage“, „ausgeprägten Beckenbeugstellung“, „Vorliegen eines Steißgrübchen/Pofaltenasymetrie“ wie auch ein „Zustand nach Hüftdysplasie“ aus der familiären Anamnese als relevant dahingehend erwiesen, dass durch eine engmaschigere Befundabklärung gezielt nicht nur im Rahmen der Routine-Ultraschalluntersuchungen und insbesondere auch frühzeitig, konkret bei der Erstuntersuchung und dann in einwöchentlichen Abständen dem Vorliegen oder eben dem sicheren Ausschluss eines solchen Krankheitsbildes nachgegangen werden muss.

Entsprechende Fachgutachten haben ergeben, dass selbst eine Verzögerung der Behandlung um nur wenige Wochen entscheidende Relevanz für das Outcome der kindlichen Entwicklung haben kann, wenn nicht frühzeitig beispielsweise mit einer Bandagen-Behandlung und regelmäßiger krankengymnastischer Therapie begonnen wird. Hierauf hat sich ein Rechtsstreit vor dem Landgericht Berlin (6 O 231/10) bezogen, sodass im Ergebnis davon ausgegangen werden kann, dass bei entsprechender frühzeitiger sonographischer Abklärung und zielführender Behandlung beispielsweise durch eine Abspreitz-Behandlung ein Therapieerfolg in den ersten Lebenswochen erreicht werden kann und eine weitere, insbesondere operative Behandlung dann nicht erforderlich wird. Die bisherigen Sachverständigen haben darauf hingewiesen, dass eine sonographische Untersuchung unmittelbar nach der Geburt grundsätzlich nicht verpflichtend ist, sondern eine solche eben erst im Rahmen der U3 indiziert sei. Gleichwohl muss das Vorliegen von anamnestischen Anhaltspunkten dann umgehend zum Anlass genommen werden, diese Standarduntersuchung entsprechend vor zu verlagern, und zwar auf den denkbar frühestmöglichen Zeitpunkt.

## Resümee

Die Diagnostik der kindlichen Hüftdysplasie und die mit ihr im Zusammenhang stehenden Symptome bzw. deren Verknennung, bleiben ein medizinisch-rechtliches Problem, das insbesondere den Bereich der unterlassenen Befunderhebung klare Standardvorgaben kennt. 

## AUTOREN

**Jan Tübben**  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Medizinrecht



**Dr. Roland Uphoff**  
Fachanwalt für  
Medizinrecht, M. mel.  
Kanzlei für  
Geburtsschadensrecht-  
und Arzthaftung  
Heinrich-von-Kleist-Str. 4,  
53113 Bonn

