

# Der „interessante Fall“ aus der Gutachterstelle

## Folge 5: Der unterschätzte Wert „einfacher“ Untersuchungsmethoden

Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) möchte anhand ausgewählter, anonymisierter Fallbeispiele Kolleginnen und Kollegen für bestimmte klinische Themen sensibilisieren und somit in ihrer täglichen Arbeit unterstützen.

Im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Differenzialdiagnostik spielen moderne High-Tech-Geräte eine immer wichtigere Rolle und sind in vielen Bereichen Standard geworden. Scheinbar „einfache“ grundlegende klinische Untersuchungsmethoden haben aber nach wie vor ihre Berechtigung und Bedeutung und werden heute mitunter zu Unrecht vernachlässigt. Diese Methoden können wichtiger, manchmal sogar entscheidender Bestandteil der ärztlichen Diagnostik sein.

Die aktuelle Folge des „interessanten Falls“ aus der Gutachterstelle beschäftigt sich mit einer klinischen Konstellation, in der eine einfache Untersuchung der Patientin einen wegweisenden Befund für die Erklärung der vorliegenden Symptomatik erbracht und dieser einen Leidensweg erspart hätte.

### Medizinischer Sachverhalt

Wegen chronischer Rückenbeschwerden und Gehstörungen wurde die Patientin der neurochirurgischen Abteilung eines Klinikums zugewiesen. Nach Durchführung der bildgebenden Untersuchungen (Röntgenaufnahmen beider Hüft- und Kniegelenke, Myelografie und Post-Myelografie-CT) diagnostizierten die Ärzte eine spinale Stenose auf Höhe LWK 3/4, auf die man die Beschwerden der Patientin zurückführte. Als Behandlungsoption wurde der Patientin eine operative Dekompression des Segments LWK 3/4 vorgeschlagen, welche eine Woche nach der Aufnahme auch durchgeführt wurde. Sechs Tage nach der Operation wurde die Patientin nach komplikationsfreiem postoperativem Verlauf nach Hause entlassen. Da sie kurz darauf heftige Schmerzen in beiden Oberschenkeln entwickelte, wurde die Patientin bereits vier Tage nach ihrer Entlassung erneut in der Neurochirurgie aufgenommen. Eine weitere Myelografie sowie eine Post-Myelografie-CT zeigten keine wesentliche Stenose im Spinalkanal und insbesondere keine lokalen Komplikationen nach dem operativen Eingriff, weshalb die Patientin konservativ mit-



tels intravenös verabreichter Schmerzmedikation behandelt wurde. Daraufhin erfolgte die stationäre Anschlussrehabilitation, während derer die Patientin weiterhin unter Schmerzen in beiden Oberschenkeln mobilisiert wurde.

Aufgrund der Beschwerdepersistenz führte der Hausarzt der Patientin nach deren Entlassung aus der Reha-Behandlung eine klinische Untersuchung durch und veranlasste eine Röntgenaufnahme beider Oberschenkel. Nach Überweisung in eine unfallchirurgische Klinik wurde der Verdacht auf das Vorliegen beidseitiger pathologischer Femurschaft-Frakturen bestätigt; die Frakturen wurden operativ versorgt.

### Vorwurf

Die Patientin wandte sich mit ihrem Fall an die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen. Sie bat um Überprüfung der Behandlung und führte aus, dass man aus ihrer Sicht im Rahmen der beiden kurz aufeinanderfolgenden, stationären Behandlungen nicht sorgfältig genug auf ihre Beschwerdeschilderung eingegangen sei. Man habe ihr erklärt, dass ihre Beschwerden von der Wirbelsäule herrührten und die Schmerzen von dort aus in die Oberschenkel ausstrahlen würden. Obwohl den Ärzten bekannt gewesen sei, dass sie an einer Osteoporose leidet und in diesem Zusammenhang auch Medikamente einnehmen muss, habe man nicht an eine mögliche Fraktur gedacht und auch keine Röntgenaufnahme der

Oberschenkel angefertigt. Sie habe unter starken Schmerzen gelitten und trotz hoher Dosen von Schmerzmitteln nicht mehr selbstständig gehen können.

Auf die, aus Sicht der Patientin, fehlerhafte Behandlung führt sie folgende Gesundheitsschäden zurück: Über Wochen erlittene Schmerzen, „völlig sinnlose Wirbelsäulen-OP“, nach wie vor deutlich eingeschränkte Gehfähigkeit, die möglicherweise bei einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung der pathologischen Frakturen weniger ausgeprägt wäre.

### Gutachten

Nachdem sich die beschuldigte Klinik und die zuständige Haftpflichtversicherung mit der Durchführung eines Gutachterverfahrens einverstanden erklärt hatten, holte die Gutachterstelle ein externes Sachverständigengutachten ein, mit dem geklärt werden sollte, ob die durchgeführte Behandlung dem zu fordernden medizinischen (Mindest-)Standard entsprach.

Der Gutachter führte in seiner Stellungnahme aus, dass die vom Antragsgegner diagnostizierte spinale Stenose zwar vorgelegen habe, diese aber aufgrund ihrer relativ geringen Ausprägung (sagittaler Durchmesser des Spinalkanals in der Höhe LWK 3/4 von 11 Millimetern) nicht geeignet gewesen sei, die von der Patientin geschilderten Beschwerden zu verursachen. Aus Sicht des

Gutachters war zudem die Indikation zur (zwar korrekt durchgeführten, jedoch überflüssigen) operativen Behandlung, unter anderem mit Dekompression des Segments LWK 3/4, zweifellos nicht gegeben.

Nach Entlassung der Antragstellerin aus der ersten stationären Behandlungsphase bestanden weiterhin heftige Schmerzen mit Schmerzverstärkung im Gehen, weshalb kurz darauf eine Wiederaufnahme erfolgte. Der Gutachter stellte bei der Durchsicht der Behandlungsunterlagen fest, dass während der neuerlichen stationären Behandlung keine einzige klinische Untersuchung der Antragstellerin dokumentiert ist. Obwohl in der Akte die Feststellung „beim Gehen Wegknicken des linken Beines seit OP“ vermerkt ist, wurde offenbar die ursprüngliche Diagnose nicht infrage gestellt.

Der Gutachter weist in seinen Ausführungen darauf hin, dass man „durch einfaches Abtasten der Oberschenkel hätte feststellen können, dass weder eine ‚ischialgiforme‘ noch eine ‚lumbofe-

morale‘ Schmerzsymptomatik vorlag, sondern die Schmerzursache im Bereich der Oberschenkel zu suchen ist“. Er geht davon aus, dass bei der Patientin bereits im Rahmen der ersten stationären Behandlungsphase pathologische Oberschenkelfrakturen beidseits vorlagen, die aufgrund der vom Hausarzt der Patientin gestellten Verdachtsdiagnose schließlich in der unfallchirurgischen Klinik diagnostiziert und behandelt wurden.

Wenn die behandelnden Ärzte die gebotene, einfache klinische Untersuchung (Abtasten der Oberschenkel) vorgenommen hätten, wären sie zu der wesentlichen Erkenntnis gelangt, dass die von der Patientin geschilderten Beschwerden sich nicht auf eine spinale Stenose auf Höhe LWK 3/4 zurückführen lassen können. Spätestens diese Feststellung hätte zu einem differenzialdiagnostischen Umdenken und der Veranlassung einer weiteren Diagnostik, zum Beispiel Röntgenaufnahme beider Oberschenkel, geführt bzw. führen müssen. Die Röntgenaufnahmen der Oberschen-

kel hätten dann die tatsächliche Ursache für die Beschwerden gezeigt.

Zusammenfassend waren die von der Patientin zu Behandlungsbeginn vorliegenden Beschwerden Ausdruck und Folge von pathologischen Frakturen beider Oberschenkel, wahrscheinlich infolge der vorliegenden Osteoporose (die Patientin wurde mit Alendronat therapiert). Eine beschwerdeursächliche und operationsbedürftige spinale Stenose lag nicht vor.

## Entscheidung der Gutachterstelle

Die für die Entscheidung zuständige Kommission (Arzt und Jurist) schließt sich der Bewertung des Gutachters an, dass den Ärzten bei der Behandlung der Patientin ein Fehler unterlaufen ist.

Die Kommission sieht den Fehler darin, dass ein notwendiger zusätzlicher Befund, der in unserem Fall durch einfaches Abtasten der Oberschenkel hätte erhoben werden können, nicht erhoben wurde. Der Befund, den man durch das Abtasten der Oberschenkel erhoben hätte, wäre weiter abklärungsbedürftig gewesen, beispielsweise durch eine Röntgenaufnahme. Eine Röntgenaufnahme der Oberschenkel hätte dann die tatsächliche Ursache für die Beschwerden der Patientin gezeigt, was wiederum zwingend eine operative Versorgung nach sich gezogen hätte. Den behandelnden Ärzten ist daher ein Befunderhebungsfehler vorzuwerfen. Abzugrenzen vom Befunderhebungsfehler ist der Diagnosefehler. Er liegt vor, wenn alle notwendigen Befunde erhoben, aber vom Arzt falsch interpretiert werden.

Die durch den Befunderhebungsfehler um ca. zwei Monate verzögerte Behandlung hatte erwartungsgemäß eine verlängerte und erschwerte Rehabilitation zur Folge, mit dauerhaften funktionellen Auswirkungen.

Der vorliegende „interessante Fall“ macht deutlich, wie wesentlich eine „einfache“ klinische Untersuchung wie eine manuelle Palpation sein kann. Moderne technische Untersuchungsmethoden dürfen nicht dazu führen, im klinischen Alltag den „direkten Blick“ auf den Patienten zu verlieren.

## Beweislast

Ob ein Behandlungsfehler rechtlich als (einfacher) Diagnosefehler, oder als Befunderhebungsfehler eingestuft wird, hat keine praktische Bedeutung bei einem Schaden, der offensichtlich durch den festgestellten ärztlichen Fehler verursacht wurde. Sowohl (einfache) Diagnosefehler, als auch Befunderhebungsfehler stellen Behandlungsfehler dar, die zu einer Haftung führen. In unserem Fall steht der Patientin in jedem Fall ein Schmerzensgeld zu, weil die notwendige OP zwei Monate später durchgeführt wurde.

Was ist aber mit den dauerhaften funktionellen Beeinträchtigungen, an denen die Patientin auch nach der operativen Versorgung in der unfallchirurgischen Klinik leidet? Hier ist keinesfalls sicher, wie sich der Gesundheitszustand der Patientin darstellen würde, wenn sie sofort operiert worden wäre.

Wenn der Gutachter in unserem Fall festgestellt hätte, dass es zum Beispiel „durchaus möglich“ (aber keinesfalls sicher) ist, dass bei sofortiger operativer Versorgung die dauerhaften Schäden hätten vermieden werden können, stellt sich die Frage, wer den Kausalzusammenhang zwischen Fehler und Schaden beweisen muss.

Ein Gericht darf einen Kausalzusammenhang dann annehmen, wenn dieser mit einem „für das praktische Leben brauchbaren Grad an Gewissheit, der etwaigen Zweifeln Schweigen gebietet“, wahrscheinlich ist. Ein bloß „durchaus möglicher“ Kausalzusammenhang reicht hier für eine Festlegung für oder gegen einen Kausalzusammenhang nicht aus.

Grundsätzlich muss in einem Gerichtsprozess der Patient den Behandlungsfehler und auch den Kausalzusammenhang zwischen Fehler und Schaden beweisen. Von diesem Grundsatz gibt es aber Ausnahmen: Wenn ein Befunderhebungsfehler wie in dem hier dargestellten Fall vorliegt, dreht sich die Beweislast teilweise um. Der Patient muss zwar immer noch den Behandlungsfehler beweisen, nicht aber den Kausalzusammenhang zwischen Fehler und Schaden.

In unserem Fall müsste jetzt die Behandlerseite beweisen, dass die dauerhaften funktionellen Beeinträchtigungen auch dann vorlägen, wenn die pathologischen Frakturen sofort erkannt und operativ versorgt worden wären. Diesen Nachweis kann die Behandlerseite in unserem Fall nicht führen. Sie muss die Patientin daher auch für die dauerhaften funktionellen Beeinträchtigungen entschädigen.

## Autoren

Dr. Frank Kleinfeld  
Dr. Christian Schlesiger  
Alban Braun

alle Gutachterstelle für  
Arzthaftungsfragen bei der BLÄK