

Die angeborene Hüftgelenkdysplasie – Klinik und Haftungsfragen

Roland Uphoff und Joachim Hindemith

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

Klinik

Unter den angeborenen Erkrankungen, die bei Kindern durch Frühuntersuchung so rasch wie möglich festgestellt und einer Behandlung zugeführt werden sollen, nimmt die Hüftgelenkdysplasie aus einer Mehrzahl von Gründen eine besondere Stellung ein.

Die Hüftgelenkdysplasie gehört zu den Anomalitäten des Skelettsystems, auf die bei allen Säuglingsvorsorgeuntersuchungen (U1-U4) geachtet werden soll. Während aber andere Erkrankungen bzw. Anomali-

täten des Bewegungsapparates relativ leicht zu erkennen sind, meistens schon auf den ersten Blick auffallen, ist die Diagnose der angeborenen Hüftgelenkdysplasie häufig schwierig. Mitunter zeigt sich, dass bei einseitiger Hüftgelenkdysplasie das Kind ein Beinchen nicht so häufig und stark bewegt wie das andere. Bei einem Vergleich der Oberschenkellänge in Hüft- und Kniebeugung von jeweils 90 % kann sich eine Verkürzung eines Oberschenkels zeigen. Es gibt auch bestimmte Tests (Ortolani-Test; Barlow-Test, Thomas-Handgriff), die die Erkennung einer Hüftgelenkdysplasie er-

möglichen. Manchmal fällt auch eine Ungleichmäßigkeit der Gesäßfalten auf. Diese klinischen Zeichen sind jedoch sämtlich unsicher. Bei beiderseitigem Befall täuschen Sie mitunter Symmetrie vor. Bei einseitigem deutlichem Befall geben sie lediglich Hinweise, erbringen jedoch keinen Beweis für das Vorliegen einer Hüftgelenkdysplasie.¹

Die einzig sichere diagnostische Methode ist die von Graf 1984 eingeführte Ultraschalldiagnostik. Sie ermöglicht es, eine Hüftgelenkdysplasie oder auch eine schon eingetretene Hüftluxation zu objektivieren. Die Untersuchung muss allerdings stan-





Foto: © 3114530924 © romaset

dardisiert erfolgen, da sonst keine reproduzierbaren Ergebnisse möglich sind. Die Methode beruht auf der Messung bestimmter Knorpel- und Knochenwinkel, die als α und β bezeichnet werden. Aus der Messung dieser Winkel lassen sich Vorhandensein und Schweregrad einer Hüftgelenksdysplasie ableiten.

Die Hüftgelenksdysplasie ist die bei weitem häufigste orthopädische Erkrankung bei Neugeborenen. Die in der orthopädischen und neonatologischen Literatur auftauchenden Häufigkeitsangaben divergieren etwas. Der Größenordnung nach kann man jedoch davon ausgehen, dass eine Hüftgelenksdysplasie bei 2-5 % aller Neugeborenen vorliegt. Mädchen sind fünf- bis achtmal häufiger als Jungen betroffen, was dafür spricht, dass bei der Entstehung der Hüftgelenksdysplasie auch genetische Ursachen mitspielen. Die linksseitige Hüftgelenksdysplasie kommt häufiger vor als die rechtsseitige. Eine beidseitige Hüftgelenksdysplasie liegt in ungefähr 25 % der Fälle vor. Bekannt ist allerdings auch, dass nicht nur genetische Ursachen die Entstehung einer Hüftgelenksdysplasie begünstigen. Auch bei Geburten aus Beckenendlage, bei Vorliegen eines Oligohydramnions oder bei Zwillingsgeburten treten Hüftgelenksdysplasien mit erhöhter Häufigkeit auf.

Ätiologisch sind also für die Entstehung der Hüftgelenksdysplasie endogene und exogene Faktoren von Bedeutung.

Die Hüftgelenksdysplasie ist, wenn sie frühzeitig erkannt wird, gut behandelbar. Sie beruht immer auf einer Störung der Entwicklung bzw. nicht abgeschlossenen Ausreifung der Hüftgelenkspfanne (des sog. Acetabulum). Die Hüftgelenkspfanne ist in diesen Fällen abgeflacht; es kommt deshalb zu einer unvollständigen bzw. fehlenden Überdachung und Zentrierung des Femurkopfs in der Hüftgelenkspfanne. Diese führt wiederum zu einer Lockerung der Gelenkverbindung mit der möglichen Folge einer Luxation. Wachstum und richtige Ausbildung der Hüftgelenkspfanne können jedoch nach der Geburt des Kindes nachgeholt werden. Die Hüftgelenkspfanne verfügt anfangs über ein beträchtliches Potenzial zur spontanen Nachreifung. Zu einer solchen Nachreifung kommt es insbesondere dann, wenn durch eine bestimmte Behandlung sichergestellt wird, dass der Hüftkopf einen dauernden stabilen Sitz in der Gelenkspfanne findet; denn der richtige Sitz des Hüftkopfs übt auf das Acetabulum einen starken Wachstumsreiz aus. Es bedarf dazu in den ersten Lebensmonaten eines Kindes keiner Operation. Vielmehr gibt es drei konservative Behandlungsmethoden, die je nach dem Grad der Hüftgelenksdysplasie eingesetzt werden, nämlich die Spreizhose, die Pavlik-Bandage (ab der sechsten Lebenswoche) und die Behandlung mit einem speziellen Gipsverband (sog. Fettweis-Gips). Wird die Behandlung frühzeitig begonnen, so gelingt in der größ-

ten Zahl der Fälle eine vollständige Ausheilung der Deformität. Die Hüftgelenkspfanne erlangt nachträglich die richtige Form. Die Kinder wachsen anschließend völlig normal auf.

Das spontane Nachreifungspotenzial einer dysplastischen Hüftgelenkspfanne nimmt allerdings im Laufe der Zeit rasch ab. Je früher die Diagnose gestellt wird, umso besser gelingt es, ein noch reponierbares Gelenk konservativ zur Ausheilung zu bringen.² Dimeglio et al.³ erwähnen, dass das erste Ziel bei der Behandlung einer dysplastischen Dislokation des Hüftgelenks die konzentrische Reposition in möglichst frühem Alter ist. Je eher die Behandlung beginnt, desto leichter ist es, die Anatomie vollständig wiederherzustellen. Die ersten vier Wochen sind der **goldene Zeitraum**. Eine sehr rasch erreichte femuroacetabuläre Konzentrität sichert ein harmonisches Wachstum und eine normale Anatomie.

Wird die relativ kurze Zeitspanne verpasst, in der eine konservative Therapie mit dem Behandlungsziel einer völligen Ausheilung der Hüftgelenksdysplasie möglich ist, steht dem Patienten in sehr vielen Fällen ein sein Leben prägender Leidensweg bevor (Debrunner⁴). heißt es hierzu, Bleibt die Instabilität bestehen, setzt eine Fehlentwicklung ein, welche im Laufe der Jahre zu schweren Deformierungen und schmerzhafter Arthrose des Hüftgelenks führt.

Bei der nicht oder nicht rechtzeitig behandelten Hüftgelenksdysplasie sind eine

Reihe von Operationen möglich. Auf diese braucht hier nicht weiter eingegangen zu werden. Ihr Ergebnis ist niemals dem einer völligen Ausheilung der Dysplasie gleichwertig.

Kommt es zu einer kompletten Luxation, verursacht diese allerdings bis ins Alter hinein nur wenig Schmerzen. Jedoch hinken die Patienten stark. Der Oberkörper wird bei jedem Schritt auf die kranke Seite hinüber geneigt. Es entwickelt sich ein sogenannter Watschelgang. Bei unvollständiger Luxation kommt es regelmäßig zu einer frühzeitigen Coxarthrose; dies auch in den Fällen, in denen die konservative Behandlung einer Hüftgelenkdysplasie nur unvollständig Erfolg hat, sodass eine sog. Restdysplasie verbleibt.

Haftungsfragen

Fehler in der Diagnostik und Therapie einer Hüftgelenkdysplasie sind durchaus haftungsträchtig.

Die angeborene Hüftgelenkdysplasie kommt relativ häufig vor. Es ist möglich und nicht fernliegend, sie bei einer lediglich klinischen Untersuchung des Neugeborenen zu verkennen.

Mit der Sonographie existiert allerdings eine diagnostische Methode, die bei richtiger Anwendung so gut wie immer zu zutreffenden Ergebnissen führt. Ein Behandlungsfehler kann hiernach zum einen darin liegen, dass die Ultrasonographie unterlassen wird, zum anderen nicht standardgemäß und fehlerhaft vorgenommen wird. Diese letztere Konstellation hat bereits zu verschiedenen gerichtlichen Verfahren geführt, ebenso auch zu Verfahren vor der bei der von der Ärztekammer Nordrhein eingerichteten Gutachterkommission.

Die völlige Unterlassung einer Sonographie wird, zumal ihre Vornahme in den Kinderrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vorgeschrieben ist, heute keinesfalls mehr akzeptiert werden können. Dies kommt aber heute kaum mehr vor. Die Rechtsprechung hatte sich jedoch verschiedentlich mit Fällen zu befassen, in denen eine Ultraschalluntersuchung, in einem Fall sogar mehrere Ultraschalluntersuchungen zwar vorgenommen worden waren, bei denen eine bestehende Hüftgelenkdysplasie jedoch nicht erkannt wurde. Diese Untersuchungen waren technisch fehlerhaft durchgeführt worden.

Das Oberlandesgericht Düsseldorf hat in einem Urteil vom 27.03.2003 (Aktenzeichen: I-8 U 213/01) den hierin liegen-

den Behandlungsfehler noch nicht als grob angesehen. Es stützte sich dabei darauf, dass zur Zeit der Behandlung (13.01.1993) noch Streitfragen hinsichtlich der Ultraschalltechnik bestanden hätten. Wie der in dieser Sache vom Gericht beauftragte Sachverständige herausgearbeitet hat, forderten zwar bereits zur damaligen Zeit die Ultraschallrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Sonographie von Säuglingshüften ein Abbildungsverhältnis von 1:1 auch im gedruckten Bild, weil nur dieses eine exakte Winkelmessung – von der die Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit abhängt – ermögliche. Der Sachverständige hat daher in der Abweichung von den Ultraschallrichtlinien auch einen Fehler gesehen. Da aber zur damaligen Zeit der Abbildungsmaßstab 1:1 häufig nicht eingehalten wurde und ein erfahrener Arzt auch eine Winkelabschätzung am Monitor mit hoher Treffsicherheit vornehmen könne, hat er gemeint, dass der auch von ihm festgestellte Behandlungsfehler noch nicht als grob beurteilt werden könne.

Nach derzeitigem Stand würde man diese Frage mit Sicherheit anders beurteilen müssen. Über die bei der Hüftsonographie anzuwendende Technik bestehen keine Streitfragen mehr. Überdies ist heute durch eine Anlage zu den Kinderrichtlinien festgeschrieben, dass die Ärzte, die Hüftsonographien durchführen, über eine besondere Qualifikation zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen müssen. Diese Qualifikation muss in bestimmter Weise nachgewiesen werden. Ärzte ohne diese Qualifikation können Leistungen der

Ultraschalldiagnostik nicht abrechnen. Unter diesen Umständen sollten technische Fehler bei der Ultraschalldiagnostik heute weitgehend ausgeschlossen sein. Werden sie im Einzelfall dennoch festgestellt, so führen sie so gut wie immer zur Haftung des betreffenden Arztes.

Zum richtigen Zeitpunkt des Ultraschallscreenings

Durch die Kinderrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (GBA) ist vorgeschrieben, dass die Hüftgelenksonographie bei der U3 stattzufinden hat. Die U3 soll in der vierten bis fünften Lebenswoche vorgenommen werden, wobei allerdings nach den erwähnten Richtlinien Toleranzgrenzen gelten. Es wird nicht beanstandet, dass die U3 noch bis zur achten Lebenswoche stattfindet. Wird die Toleranzgrenze in zeitlicher Hinsicht ausgeschöpft, kann sich dies für den weiteren Behandlungsverlauf sehr nachteilig auswirken. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen der niedergelassene Kinderarzt, der im Allgemeinen die U3 durchführt, nicht über die Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen verfügt und aus diesem Grunde Mutter und Kind erst noch an einen anderen Arzt überweisen muss, der über die entsprechende Qualifikation verfügt.

Wie schon erwähnt, sind die ersten vier Lebenswochen des Kindes aus therapeutischer Sicht der goldene Zeitraum; beginnt in den Fällen einer Hüftgelenkdysplasie die Behandlung innerhalb dieser Zeitspan-




ne, so gelingt fast immer eine vollständige Wiederherstellung der Anatomie des Kindes. Je mehr Zeit aber bis zum Behandlungsbeginn verstreicht, umso schlechter sind die Chancen des Kindes für eine vollständige Ausheilung.

Dies hat dazu geführt, dass in sehr vielen Geburtskliniken das Hüftgelenksscreening frühzeitig, d. h. schon in der Zeit vorgenommen wird, in der sich Mutter und Kind noch in stationärer Behandlung befinden. Eine Hüftsonographie, die zur Erkennung der Hüftgelenkdsdysplasie führt, ist bei reifen Neugeborenen schon ab dem ersten Lebenstag möglich. Sie führt zu keiner Strahlenbelastung des Kindes, ist beliebig wiederholbar und nicht invasiv. Nur bei Frühgeborenen ist die Untersuchung erst ab einem Körpergewicht > 1.500 g sinnvoll. Eine solche frühe Untersuchung verschafft sowohl den Eltern des Kindes als auch dem Behandler größere Sicherheit. Erweisen sich bei der frühen Untersuchung die Hüftgelenke des Kindes als normal, so ist es ausgeschlossen, dass sie später pathologisch werden könnten.⁵

Eine frühe Untersuchung muss daher nachdrücklich empfohlen werden, auch wenn sie durch die Kinderrichtlinien nicht vorgeschrieben ist. In Geburtskrankenhäusern sind immer Ärzte tätig, die über

die erforderliche Ultraschallqualifikation verfügen, während das Vorliegen dieser Qualifikation bei Kinderärzten, denen das Kind zur U3 vorgestellt wird, nicht selbstverständlich ist.

Allerdings kann nach derzeitigem Stand kein Behandlungsfehler daraus abgeleitet werden, dass eine solche frühe Untersuchung nicht durchgeführt wird, das sonographische Hüftgelenksscreening vielmehr erst bei der U3 stattfindet.

Wird also die Hüftsonographie zum spätesten zulässigen Zeitpunkt vorgenommen und erst dann – nach Erkennung einer Hüftgelenkdsdysplasie – die entsprechende Behandlung eingeleitet, die unter Umständen zu keinem vollständigen Erfolg mehr führt, so muss das Kind die hiermit verbundenen Nachteile als schicksalhaft hinnehmen. Aus Patientensicht ist das sehr unbefriedigend; jedoch kann eine solche Entwicklung auch den Arzt nicht kalt lassen, dessen oberstes Ziel das Wohl des Patienten ist. Aus diesem Grunde ist die heute schon in vielen Geburtskliniken geübte Praxis, das sonographische Hüftgelenksscreening möglichst früh, d. h. wenige Tage nach der Geburt, vorzunehmen, generell zu empfehlen; es ist zu hoffen, dass sich diese Praxis in Zukunft allgemein durchsetzen wird. 

Literatur

- 1 Mayatepek, *Pädiatrie*, 1. Aufl. 2007, S. 879.
- 2 Hoffmann/Lentze/Spranger/Zepp, *Pädiatrie*, 4. Aufl. 2014, Bd. 2, S. 1935.
- 3 Dimeglio/Moukoko, Dysplastische Dislokation des Hüftgelenks: konservative Behandlung und offene Reposition, in Duparc (Hrsg.), *Chirurgische Techniken in Orthopädie und Traumatologie*, 1. Aufl. 2005, Bd. 3, S. 111.
- 4 Debrunner, *Orthopädie – orthopädische Chirurgie*, 3. Aufl. 1994, S. 710.
- 5 Mentzel, Sonographie der Säuglingshüfte, in Gentzel-Boroviczény/Roos, *Checkliste Neonatologie*, 5. Aufl. 2015, S. 77.

AUTOREN

Dr. Roland Uphoff

Fachanwalt für
Medizinrecht, M.mel.



Joachim Hindemith

Rechtsanwalt
Kanzlei für Geburts-
schadensrecht und
Arzthaftung
Heinrich-von-Kleist-Str. 4
53113 Bonn

