

Verzögerte Diagnose eines Bronchialkarzinoms

Folge 1 der neuen Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

von **Herbert Weltrich und Herwarth Lent***

Die Gutachterkommission hat wiederholt Sachverhalte zu beurteilen, bei denen Bronchialkarzinome sowie ein Lungenkarzinom erst nach vermeidbarer Verzögerung erkannt wurden. Bei rechtzeitiger Feststellung hätten in vielen Fällen die therapeutischen Maßnahmen zu einem wesentlich günstigeren Ergebnis geführt, auch wenn vielfach eine abschließende Heilung nicht erreichbar gewesen wäre.

Allgemeine Beurteilung

Für die Behandlung bösartiger Geschwulste gilt der allgemeine Grundsatz, je früher die Therapie einsetzt, desto größer sind die Behandlungschancen. Das verspätete Erkennen maligner Tumoren hatte in den von der Gutachterkommission geprüften Sachverhalten verschiedene Ursachen. Zumeist war zu beanstanden, dass die beschuldigten Ärzte Hinweisen auf eine bösartige Erkrankung nicht alsbald und sorgfältig genug nachgegangen sind, insbesondere Röntgenaufnahmen unterließen. In manchen Fällen wurden zwar solche Aufnahmen veranlasst, jedoch nicht sachgerecht ausgewertet und auch auf spätere Kontrollaufnahmen verzichtet. In einigen wenigen Fällen beruhte die verzögerte Behandlung auf der Unterlassung rechtzeitiger Mitteilungen über röntgenologisch festgestellte Veränderungen im Bereich

der Lungen, die den Verdacht auf ein Lungen- bzw. Bronchialkarzinom begründeten. Bei einer vor kurzem erforderlich gewordenen Bewertung musste die Kommission einen schwerwiegenden ärztlichen Behandlungsfehler feststellen, weil über einen langen Zeitraum durch elementare Verstöße gegen die ärztlichen Sorgfaltspflichten ein Bronchialkarzinom mit erheblicher Verspätung diagnostiziert wurde.

Der Sachverhalt

Aus den Krankenunterlagen des beschuldigten Internisten und der nachbehandelnden Ärzte ergab sich folgender Sachverhalt:

Die damals 34-jährige Patientin suchte im September 1994 den Arzt wegen einer vermeintlichen Bronchitis mit weiß-gelblichem Auswurf

auf. Auskultatorisch fand sich ein verschärftes Atemgeräusch, Giemen und Brummen über allen Lungenabschnitten sowie grobe Rasselgeräusche beim Hustenstoß, ferner nach dem spiographischen Befund eine mittelgradige Atemwegs-Obstruktion.

Der Arzt behandelte die Patientin zunächst unter der dokumentierten Diagnose eines „Asthma bronchiale“ bei einem langjährigen erheblichen Zigarettenkonsum.

Wenige Monate später behandelte er die Patientin wegen einer von ihm angenommenen „spastischen Bronchitis“. Nach weiteren neun Monaten (November 1995) stellte der Arzt im Rahmen der Behandlung einer Sinusitis auskultatorisch erneut über den Lungen hörbares Giemen und Brummen fest. Er behandelte antibiotisch mit

Zur neuen Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

An die Gutachterkommission ist wiederholt die Anregung herangetragen worden, ihre gutachtlichen Beurteilungen, soweit daran Interesse bestehen kann, zu veröffentlichen. Der bekannte Göttinger Arztrechtler Prof. Dr. H.-L. Schreiber hat zuletzt noch in seiner Festansprache anlässlich der Festveranstaltung der Ärztekammer am 24. November 1999 (siehe auch *Rheinisches Ärzteblatt Februar 2000*) die Auffassung vertreten, die Ergebnisse der Kommissionsverfahren sollten in regelmäßigen Berichten publiziert und damit für die praktische ärztliche Tätigkeit sowie die Entwicklung von Leitlinien nutzbar gemacht werden.

Eine solche Veröffentlichung kann allerdings nicht durch einfachen (anonymisierten) Abdruck der jeweiligen Entscheidung geschehen. Ihre fallbezogene Fassung und die oft umfangreichen gutachtlichen Anlagen bedürfen der Konzentration auf die wesentlichen Einzelheiten des Sachverhalts und den maßgeblichen Kern der Beurteilung.

Für diese Arbeit konnten langjährige Kommissionsmitglieder gewonnen werden, die nunmehr in regelmäßigen Abständen im Rheinischen Ärzteblatt zu bestimmten Themen aktuelle gutachtliche Entscheidungen in knapper Zusammenfassung und mit etwaigen statistischen Anmerkungen veröffentlichen werden.

GAK

* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein; Dr. med. Herwarth Lent war von 1975 bis 1999 Mitglied der Gutachterkommission für das Gebiet Innere Medizin, seit 1983 war er Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied.

Ciprobay 250[®] (Ciprofloxacin). Fünf Wochen später wurde ein seit einer Woche bestehender Husten mit Schnupfen unter der Diagnose eines „infekt-exacerbierten Asthma bronchiale“ mit Giemen und Brummen über allen Lungenabschnitten ebenfalls mit Ciprobay 250[®] behandelt. Die gleiche Behandlung erfolgte acht Tage später. Im Juni 1996 wurde als Allergospasmin[®] (Cromoglicinsäure) als Broncholytikum verordnet.

Eine kurz darauf aufgetretene angebliche „Sinusitis“ wurde ebenfalls mit Ciprobay 250[®] und Sinupret[®] (Rad.gentianae) behandelt. Wegen eines Erkältungsinfektes erhielt die Patientin im September 1996 u.a. Sinupret[®], das in den nächsten vier Monaten zweimal erneuert wurde. In den folgenden zwei Monaten wurde wieder Allergospasmin[®] verordnet. Bei den insgesamt neun Konsultationen im Jahre 1997 wurden Auskultationsbefunde nicht dokumentiert.

Am 14.10.1997 fielen dem Arzt derbe indolente Halslymphknoten beiderseits und eine leichte linksbetonte Struma auf. Dabei lagen die Schilddrüsen-in-vitro-Werte im Normbereich. Ab Januar 1998 wurde in zweimonatigen Abständen dreimal wieder Sinupret[®] bzw. Metohexal[®] (Metoprololtartrat) verordnet.

Nach weiteren eineinhalb Monaten – am 10.06.1998 – wurde der Arzt wegen Gelenkbeschwerden konsultiert, die nicht mit Fieber oder Gelenkschwellungen verbunden waren. Zu diesem Zeitpunkt hörte der Arzt über dem linken Mittelfeld mittelblasige Rasselgeräusche, während die übrigen Lungenanteile frei von pathologischen Geräuschen waren. Unter dem Verdacht einer Bronchopneumonie leitete der Arzt eine antibiotische Behandlung mit Vaxar[®] 600 mg (Grepafloxacin) ein. Der Blutdruck war normal.

Am 12.06.1998 wurde eine röntgenologische Untersuchung durchgeführt, die eine Verbreiterung des oberen Mediastinums und in beiden Lungen zahlreiche Rundherde im

Sinne von Metastasen bei unbekanntem Primärtumor ergab. Die nachfolgende Bronchoskopie am 25.06.1998 führte zur Feststellung eines großzelligen Plattenepithelkarzinoms mit Einbruch des Tumors in den stark geröteten rechten Hauptbronchus. Die anschließend in einer Lungenklinik eingeleitete Chemotherapie konnte den Verlauf der Erkrankung nicht mehr günstig beeinflussen. Drei Monate nach Feststellung des Tumors ist die Patientin im Alter von 38 Jahren diesem Leiden erlegen.

Beurteilung durch die Gutachterkommission

Der entscheidende Mangel bei der Behandlung der Patientin liegt in der Tatsache, dass sich der Arzt nicht wesentlich früher durch eine Röntgenuntersuchung der Thoraxorgane Gewissheit über den zugrundeliegenden Lungenbefund verschaffte. Anlass dazu bestand schon wenige Monate nach Beginn der Behandlung, die sich mehrfach auf eine rezidivierende chronisch obstruktive Bronchitis bezog und einen entsprechenden Auskultationsbefund ergab. Hinzu trat die Feststellung des langjährigen Ziga-

rettenkonsums. Erneuter Anlass zu weiterführenden Untersuchungen bestand im November 1995, als der Arzt im Zuge der antibiotischen Behandlung einer Sinusitis wieder pathologische Geräusche über den Lungen feststellte. Fünf Wochen später wurde die gleiche Feststellung getroffen, die ebenfalls zu keiner Abklärung der Ursache dieser Erscheinungen führte.

Gänzlich unverständlich war dann die erneute antibiotische Behandlung eines Infektes der Atemwege ab Juli 1996, ebenfalls ohne radiologische Klärung des Lungenbefundes. Der behandelnde Arzt hätte sich vor Augen führen müssen, dass für die antibiotische Therapie unter den gegebenen Umständen ein radiologischer Ausgangsbefund der Lungen unabdingbar war, da sich hinter dieser Symptomatik sehr unterschiedliche Krankheitsbilder verbergen können, die bei der Behandlung zu berücksichtigen sind.

Ob zu diesem Zeitpunkt – zwei Jahre vor der Feststellung des bösartigen Tumors – bereits ein pathologischer Lungenbefund erkennbar gewesen wäre, konnte die Gutachterkommission allerdings im Nachhinein nicht mehr sicher feststellen, wenn auch eine gewisse Wahr-

Ergänzend zum Thema

Unter den von der Gutachterkommission in der Zeit von 1976 bis 1999 festgestellten Behandlungsfehlern (n = 4.747) war 37 mal eine verspätete oder unzureichende Diagnose bösartiger Lungenerkrankungen zu rügen. Es lagen 36 mal groß- oder kleinzellige Bronchialkarzinome und einmal ein peripheres Lungenkarzinom vor. Ursache für die Verknennung war 11 mal eine Fehlinterpretation radiologisch erkennbarer Verdichtungen im Bereich der Lungen, dabei 4 mal bei werksärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. 12 mal wurde es unterlassen, Verbreiterungen und/oder Verdichtungen im Bereich der Lungenwurzeln (Lungenhilus) bzw. des Mediastinums hinsichtlich ihrer Dignität durch weiterführende Untersuchungen wie Computer-Tomographie, Bronchoskopie mit histologischer Bewertung von Probe-Excisionen, ggf. auch einer Bronchographie, zu klären.

Bei der Behandlung eines chronisch rezidivierenden Hustens mit und ohne Auswurf – u.a. mit Antibiotika – unter der Annahme einer chronischen Bronchitis wurde 9 mal eine Übersichtsaufnahme des Thorax als Basisuntersuchung vermisst, dabei 2 mal trotz Klagen über eine deutliche Gewichtsabnahme. Bei Schmerzen im Bereich des Brustkorbs ist die Annahme einer sog. "Interkostal-Neuralgie" und deren Behandlung über mehrere Wochen nur dann gerechtfertigt, wenn ihr eine Übersichtsaufnahme des Brustkorbs vorangegangen ist. Das gleiche gilt auch bei anhaltenden Schmerzen im Bereich einer Schulter, deren Funktion nicht oder nicht nennenswert eingeschränkt ist, da sich dahinter ein sog. "Pancoast-Tumor" der obersten Lungenabschnitte verbergen kann.

Im Rahmen chirurgischer Krankenhausbehandlung wurde einmal die vom Radiologen empfohlene weitere Abklärung eines verdächtigen Lungenbefundes unterlassen, einmal die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen dem Hausarzt nicht mitgeteilt.

Die 37 Diagnosefehler bei der Verknennung maligner Lungenerkrankungen stellen einen Anteil von immerhin rund 12 % der insgesamt festgestellten Fehler bei der Verknennung (n = 312) bösartiger Geschwulste dar.

Die festgestellten Behandlungsfehler betreffen Internisten, Allgemein- und Arbeitsmediziner, HNO-Ärzte, Radiologen, Chirurgen und Anästhesisten.

scheinlichkeit dafür spricht, weil es sich bei dem großzelligen, hier vom rechten Hauptbronchus ausgehenden Plattenepithel-Karzinom um eine relativ langsam wachsende Tumorart handelt.

Fehlerhaft war es in der Folgezeit ferner, dass keine Auskultationsbefunde erhoben wurden. Die Befunde hätten sicherlich dringenden Anlass zu weiterführenden diagnostischen Maßnahmen geboten.

Ein weiteres wesentliches Versäumnis lag dann im Verzicht auf eine Abklärung der Ursache für die am 14.10.1997 festgestellte Verhärtung der Lymphknoten beiderseits des Halses. Zu diesem Zeitpunkt wäre der Tumor mit Sicherheit feststellbar gewesen. Inwieweit er allerdings noch erfolgreich hätte behandelt werden können, musste offen bleiben.


Zusammenfassend bewertete die Kommission die gesamten Versäumnisse als einen schwerwiegenden (= groben) Behandlungsfehler. Die Behandlungschancen bei einer um ein bis zwei Jahre früher einsetzenden Behandlung wären größer gewesen.

Die Feststellung eines „groben“ Behandlungsfehlers kann für die Frage, ob er den eingetretenen Schaden verursacht hat, zur Umkehrung der Beweislast führen. Das bedeutet, dass in einem solchen Fall nicht der Patient die Kausalität nachzuweisen hat. Vielmehr ist es dann Sache des betroffenen Arztes, den Nachweis zu führen, dass der Gesundheitsschaden (hier der Tod) nicht eine Folge seiner Versäumnisse ist, was bei dem gegebenen Sachverhalt wohl nicht gelingen dürfte.

**Ärztliche Körperschaften
im Internet**

www.aekno.de

www.kvno.de



Die Tage werden länger.
Die Sonne lockt uns vor die Tür.
Doch wie soll man das schöne Wetter
allein nutzen?

Zu zweit oder zu mehreren machen viele Dinge mehr Spaß. Denken Sie nur an romantische Sonnenuntergänge, Grillabende oder Inline-Skaten. Wer fängt Sie auf, wenn Sie fallen? Mit wem planen Sie Ihren Sommerurlaub?

Für alle, die sich nach einem Partner sehnen, mit dem man die Alltäglichkeiten des Lebens teilen kann, lohnt es sich, bei unserer Kontaktbörse mitzumachen. Auch wenn Sie mehr Interesse an Gruppenaktivitäten haben – inserieren Sie bei uns. Es finden sich sicher Gleichgesinnte in Ihrer Umgebung.

Trauen Sie sich – es gibt nichts zu verlieren!

Kontaktbörse

Fragen Sie nach unserem Frühlingsangebot!
WWF Verlag, Tel.: 0 25 71/93 76 30