

# Verzögerte Diagnose eines malignen Nierentumors

*Folge 12 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“*

*von Herbert Weltrich und Herwarth Lent\**

**M**it einem Anteil von über 80 v. H. ist das Nierenzellkarzinom die häufigste Tumorerkrankung der Nieren. Es kann in allen Altersstufen auftreten, vorwiegend im fünften bis sechsten Lebensjahrzehnt, bei Männern etwa doppelt so häufig wie bei Frauen. Der Tumor wächst mit unterschiedlicher Intensität über die Nieren hinaus oder in das Nierenbecken hinein. Fettkapsel, Hohlräumsystem und Nachbarstrukturen können infiltriert werden. Metastasen können regionäre Lymphknoten, Lungen, Knochen, Leber und andere Organe befallen.

Seit Ultraschalluntersuchungen zur Routine geworden sind, werden Nierenkarzinome häufiger in einem frühen Stadium erkannt, in dem sich noch keine Krankheits-symptome wesentlich bemerkbar machen. Ein Frühsymptom ist die

schmerzlose, nur mikroskopisch nachweisbare Hämaturie. Bei Einbruch des Tumors in das Nierenhohlraum kommt es zu einer sichtbaren Harnblutung. Subjektiv empfundene Symptome, wie zum Beispiel ein Flankenschmerz, treten erst auf, wenn der Tumor eine gewisse Größe erreicht und bereits Bauchwand oder Nachbarorgane infiltriert hat. Die Gutachterkommission hatte sich vor kurzem mit folgendem Fall zu befassen.

## Der Sachverhalt

Aus den Krankenunterlagen der beiden beschuldigten Internisten Dr. A. und Dr. B., verbunden in einer Gemeinschaftspraxis, und der nachbehandelnden Klinik ergab sich Folgendes:

Der damals 39 Jahre alte Patient wurde ab 1981 aus den verschiedensten Anlässen in der Gemein-

schaftspraxis regelmäßig behandelt. Er erschien im Oktober 1995 zu einer Routineuntersuchung, bei der im Harn rote Blutkörperchen festgestellt wurden. Dr. A. führte diesen Befund nach einer Ultraschalluntersuchung auf eine beginnende Schrumpfung der rechten Niere zurück. Eine weitere Diagnostik erfolgte nicht.

Im April 1998 wurde bei einer erneuten Untersuchung wieder eine Mikrohämaturie festgestellt und nach einer Sonographie der „Verdacht auf ein kleines Konkrement im Nierenparenchym rechts kaudal, kein Stau, sonst o. B.“ dokumentiert. Dr. A. veranlasste eine Röntgenuntersuchung der Nieren und ableitenden Harnwege durch Dr. B., die am 18. Mai 1998 in Form eines intravenösen Pyelogramms vorgenommen wurde und nach der schriftlichen Beurteilung von Dr. B. keinen verdächtigen Befund ergab. Ein Hinweis an den Patienten wegen weiterer Kontrollen erfolgte nicht. Auch bei seiner nächsten Vorstellung in der Gemeinschaftspraxis im Februar 1999 wegen eines Hämorrhoidal-knotens und einer Mittelohrentzündung wurde auf eine Kontrolluntersuchung des Harns verzichtet.

Ende August 1999 fand aus anderen Gründen eine sozialmedizinische Untersuchung statt, bei der der Verdacht auf einen Nierentumor geäußert wurde. Die darauf am 2. September in der Gemeinschaftspraxis durchgeführte weitere Unter-

## Zur 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 zu veröffentlichen. Der Göttinger Arztrechtler Prof. Dr. H.-L. Schreiber beispielsweise hat 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 (siehe auch *Rheinisches Ärzteblatt Februar 2000, Seite 22*).

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.

Diese Arbeit leisten nunmehr langjährige Kommissionsmitglieder, die regelmäßig im *Rheinischen Ärzteblatt* zu bestimmten Themen aktuelle gutachtliche Entscheidungen in knapper Zusammenfassung und mit etwaigen statistischen Anmerkungen veröffentlichen.

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, von 1983 bis 1999 war er Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied.

### Ergänzend zum Thema

In Fällen einer isolierten Mikro- oder Makrohämaturie, ohne dass diese mit sonstigen pathologischen Urin-Sediment-Befunden oder Miktionsbeschwerden verbunden ist, lehrt die ärztliche Erfahrung wie folgt vorzugehen:

Nach Erhebung einer detaillierten Anamnese sollte zunächst durch kurzfristige Urinkontrollen in Abständen von wenigen Tagen ermittelt werden, ob die Hämaturie bzw. Erythrozyturie konstant oder intermittierend ist, oder ob sie nur gelegentlich auftritt. Eine konstante oder intermittierende Hämaturie/Erythrozyturie erweckt – wenn eine Hämolyse oder eine hämorrhagische Diathese ausgeschlossen ist – den Verdacht auf glomeruläre Ursachen (meist mit entsprechender arterieller Hypertonie), insbesondere auf einen gut- oder bösartigen Nierentumor im Sinne eines Nierenzell-Karzinoms oder eines Urothelkarzinoms. Seltener kommen als Ursache Missbildungen im Bereich der Nieren oder ableitenden Harnwege in Betracht.

Bei der Differenzierung zwischen diesen möglichen Ursachen können glomeruläre Ursachen im Sinne einer Glomerulonephritis mit Mikrohämaturie – soweit nicht das klassische Krankheitsbild einer diffusen Glomerulonephritis vorliegt – mit Hilfe der Urin-Zytologie, der Phasenkontrast-Mikroskopie oder der Thiomersal-Zytologie an Hand charakteristischer Veränderungen an den Erythrozyten in etwa 30 bis 50 Prozent der Fälle erkannt und so diesen zugeordnet werden.

Vorrangige Aufgabe bei einer einmaligen Makrohämaturie oder intermittierenden Mikrohämaturien bleibt es jedoch, einen Nierentumor durch weiterführende Untersuchungen wie Sonographie, Bestimmung der Tumormarker AFP (Alpha-1-Fetoprotein),  $\beta$ -HCG (human-chorionic gonadotropin), LDH (Laktatdehydrogenase), CT, ggf. Urographie, zuverlässig nachweisen oder ausschließen zu können, um ggf. die Therapie nicht zu verzögern. Vor der Entscheidung in dem hier geschilderten Fall hatte die Gutachterkommission Nordrhein bereits in 13 weiteren Fällen die Feststellung treffen müssen, dass bösartige Nierentumore verkannt worden waren. Betroffen waren Allgemeinärzte, Internisten und Urologen.

suchung ergab eine Harnblutung und im Ultraschallbild einen 3,9 x 4,2 cm großen echoarmen raumfordernden Prozess an der rechten Niere. Die Röntgenaufnahmen vom selben Tage zeigten nach Kontrastmittelinfusion eine Spreizung des Nierenbeckens zwischen oberer Kelchgruppe und Harnleiterabgang sowie eine diskrete Verbreiterung der Kontur des rechten oberen Nierenpols.

#### Tumordiagnose nach Computertomographie

Eine Computertomographie des Bauchraumes, die am folgende Tage in einer radiologischen Praxis vorgenommen wurde, ergab einen 5 x 4 x 4,5 cm großen Tumor am oberen Pol der rechten Niere mit breitbasiger Destruktion des Nierenparenchyms und breitbasigem Einwachsen in das Nierenbecken. Nierenvene und untere Hohlvene erschienen tumorfrei, die retroperitonealen Lymphknoten waren nicht vergrößert. Eine nachfolgende Thoraxaufnahme in der Gemeinschaftspraxis ergab keinen Verdacht auf Lungenmetastasen.

Wenige Tage später wurde in einer urologischen Fachklinik die Tumornephrektomie rechts einschließlich Entfernung der Nebenniere vorgenommen. Der postope-

orative Verlauf war komplikationslos.

Der Entlassungsbericht beschreibt ein überwiegend kleinzelliges Nierenzellkarzinom mit der Tumorklassifikation pT3a, G2. Das nach 6 Monaten in einem Röntgeninstitut durchgeführte Spiral-CT des Oberbauches zeigte eine leere Nierenloge mit narbigen Bindegewebsstrukturen und eine kompensatorisch vergrößerte linke Restniere. Der übrige Befund war unauffällig; paraaortale Lymphome wurden nicht nachgewiesen.

#### Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission stellte gegenüber beiden Ärzten vorwerfbare Behandlungsfehler fest und begründete dies wie folgt:

Nachdem im Oktober 1995 erstmalig eine Mikrohämaturie ohne Miktionsbeschwerden und als Ursache eine beginnende Nierenschrumpfung angenommen wurde, hätten im Hinblick auf diese Verdachtsdiagnose weiterführende diagnostische Maßnahmen stattfinden müssen. Diese erfolgten erst zweieinhalb Jahre später, als erneut spontan eine Harnblutung auftrat und nach der Ultraschalluntersuchung der Verdacht auf einen Nierenstein geäußert wurde.

Die anschließende Röntgenuntersuchung durch Dr. B. am 18. Mai 1998 war unzureichend. Die Röntgenbilder lagen der Kommission vor. Die Übersichtsaufnahme zeigt keinen steinverdächtigen Schatten. Die Nierenkonturen sind nicht dargestellt, sodass die Annahme einer Schrumpfniere nicht begründet war. Mangels ausreichender Kontrastmitteldichte und teilweiser Darmgasüberlagerung lassen die Aufnahmen keine schlüssige Beurteilung zu. Ein Nierentumor lässt sich aus diesen Röntgenaufnahmen weder bestätigen noch ausschließen.

#### Sorgfaltspflicht verletzt

Der behandelnde Arzt Dr. A. meint hierzu, die Mängel der Röntgenuntersuchung könnten ihm nicht angelastet werden. Er habe sich auf den Befund von Dr. B., der in der Gemeinschaftspraxis die Qualifikation zur Durchführung intravenöser Pyelogramme gehabt habe, im Sinne einer horizontalen Arbeitsteilung verlassen können. Für ihn habe somit kein Anlass zu weiterführenden Untersuchungen bestanden.

Nach der Auffassung der Kommission übersieht Dr. A. hier einmal, dass in einer Gemeinschaftspraxis eine gemeinsame Haftung eingreift. Unabhängig davon habe Dr. A. auch persönlich fehlerhaft gehandelt. Mikrohämaturie, Ultraschallbefund und die zu einem Tumorausschluss unzureichende Röntgenuntersuchung, was bei der erforderlichen Sorgfalt auch für ihn erkennbar gewesen sei, hätten den behandelnden Arzt zu einer weiterführenden Diagnostik veranlassen müssen. Er hätte entweder ein Computertomogramm veranlassen oder aber – vielleicht noch besser – an einen Urologen überweisen müssen.

Fehlerhaft war es weiter, auf engmaschige Kontrolluntersuchungen des Harns zu verzichten, dies sogar bei der nächsten Vorstellung im Februar 1999. Der Patient hätte zudem auf die Notwendigkeit mehrfacher zeitnaher Kontrollen hingewiesen werden müssen.

Erst nachdem sich bei der sozialmedizinischen Untersuchung Ende August 1999 der Verdacht auf einen Nierentumor ergab, wurde von den beschuldigten Ärzten das Erforderliche veranlasst, wobei die Röntgenaufnahmen vom 2. September 1999 ebenfalls unzureichend und deshalb schwer zu beurteilen waren. Erst durch die Computertomographie gelang der Nachweis eines großen Tumors am oberen Pol der rechten Niere.

**Fazit**

Die Gutachterkommission stellte zusammenfassend als Behandlungsfehler fest:

Fehlerhaft war bereits der Verzicht auf Kontrolluntersuchungen des Harns nach 1995. Der nächste und zum Gesundheitsschaden führende Behandlungsfehler lag

dann in der Beurteilung der Röntgenaufnahmen vom 18. Mai 1998, die qualitativ so unzureichend waren, dass sie weder einen Nierentumor ausschlossen noch bestätigen konnten und deshalb nicht als „ohne pathologischen Befund“ hätten bezeichnet werden dürfen. Der weitere entscheidende Fehler war die Unterlassung der weiterführenden Diagnostik, obwohl sie nach dem geschilderten Untersuchungsbe- fund und auch bei einem Verdacht auf eine einseitige Schrumpfniere zwingend geboten war. Zu beanstanden war schließlich der mangelnde Hinweis an den Patienten auf die Notwendigkeit zeitnaher Kontrolluntersuchungen (unterlassene Sicherungsaufklärung).

Die intraoperativ festgestellte und durch pathologisch-anatomische Untersuchungen bestätigte Ausdehnung des Tumors lässt nach

Auffassung der Gutachterkommission den Schluss zu, dass zumindest die im Mai 1998 aufgetretenen Krankheitszeichen das Frühsymptom des im September 1999 operierten Nierenkarzinoms darstellten.

Die Kommission konnte zwar nicht die vom Patienten begehrte Feststellung treffen, dass es bei rechtzeitiger Diagnose im Mai 1998 nicht zur Entfernung der Niere gekommen wäre. Die topographische Lage des Tumors hätte auch zu diesem Zeitpunkt eine Nephrektomie erforderlich gemacht, da nur bei streng polständigem Sitz eines Nierenzellkarzinoms eine Teilresektion vertretbar ist. Der Gesundheitsschaden besteht jedoch in der deutlichen Verschlechterung der Prognose, die auf der Diagnoseverzögerung von fast eineinhalb Jahren beruht.

## Kurzkommentar – jetzt erschienen.



Hrsg. Ärztekammer Nordrhein  
Dr. H.-Dieter Laum

Statut der Gutachterkommission  
für ärztliche Behandlungsfehler

Kurzkommentar 2000,  
186 Seiten, EUR 29,80  
ISBN 3-504-47086-0

Aus dem Vorwort:

Dieser Kommentar stellt die Praxis der seit nunmehr über fünfundzwanzig Jahren erfolgreich arbeitenden Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein dar. Behandelt werden Fragen, die mit ärztlichen Behandlungsfehlern, den dadurch verursachten oder zu erwartenden Gesundheitsschäden, mit Aufklärungsmängeln und dem Verfahren der Kommission zusammenhängen. Die Ausführungen werden mit Fallbeispielen anschaulich gemacht. Ergänzend wird die einschlägige neuere Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und der Oberlandesgerichte mitgeteilt. Zur künftigen Vermeidung häufiger Behandlungsfehler werden die bisher ergangenen warnenden Hinweise der Kommission im Wortlaut wiedergegeben und Fundstellen zu Erfahrungsberichten von Kommissionsmitgliedern genannt. Dieser Auszug aus der vielschichtigen Materie des Arzthaftungsrechts wird mit einer systematischen Inhaltsübersicht und einem alphabetischen

Sachverzeichnis erschlossen. Der Kommentar soll den Mitgliedern der Gutachterkommission, den betroffenen Patienten und Ärzten sowie ihren Verfahrensbevollmächtigten zusätzliche Arbeitshilfen geben und die Einheitlichkeit der Begutachtungspraxis fördern, aber auch allen Ärzten Anregungen zur Behandlungsfehlerprophylaxe und Qualitätssicherung vermitteln. Da die anderen bei den Landesärztekammern im Bundesgebiet eingeregneten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen vergleichbare Aufgaben und ähnliche Verfahrensweisen haben, mag der Kommentar auch außerhalb des Bereichs der Gutachterkommission Nordrhein nützlich sein.

Ja, ich bestelle bei der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf, Tel.: 0211/4302-250, Fax: 02 11/43 02-4 48

Ex.: Laum, Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler je EUR 29,80

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ, Ort:	
Datum:	Unterschrift:

RhÄ 3'2002