

Der „interessante Fall“ aus der Gutachterstelle

Folge 11: Diagnoseirrtum, aber kein Diagnosefehler

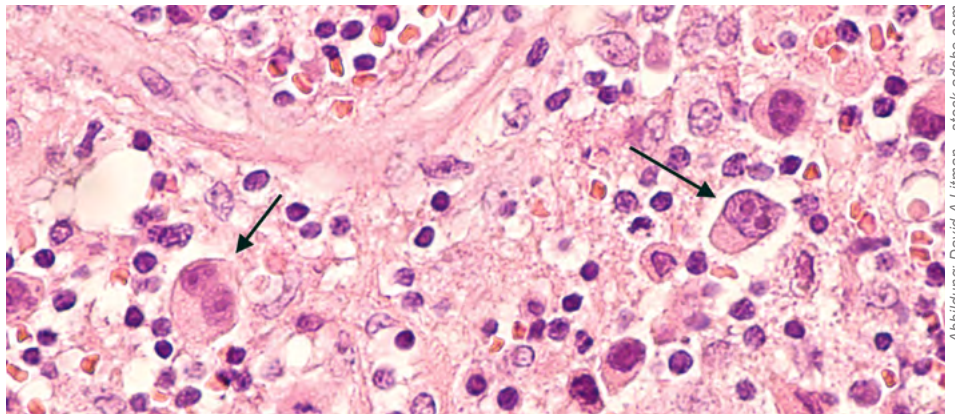
Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) möchte anhand ausgewählter, anonymisierter Fallbeispiele Kolleginnen und Kollegen für bestimmte klinische Themen sensibilisieren und somit in ihrer täglichen Arbeit unterstützen.

Die Gutachterstelle greift in diesem Beitrag einen bei ihr entschiedenen Fall auf, bei dem der behandelnde Arzt, ein in einem Krankenhaus angestellter Nuklearmediziner, vor einer Entscheidung stand, wie er eine mittels $2\text{-}^{18}\text{F}$ Fluoro- 2-^{D} -Desoxy-D-Glukose-Positronen-Emissions-Tomografie/Computertomografie (FDG-PET/CT) festgestellte Raumforderung im oberen Mediastinum zu deuten hat. Aufgrund seiner diagnostischen Festlegung kam es letztlich zu einem offenen thoraxchirurgischen Eingriff. Ex post stellte sich dann heraus, dass diese getroffene Diagnose als Entscheidungsgrundlage der Patientin für diesen chirurgischen Eingriff falsch war.

Zu beurteilen hatte die Gutachterstelle aufgrund des Antrags der Patientin die Tätigkeit des Nuklearmediziners und nicht das sich im Folgenden anschließende Behandlungsgeschehen. Die Klinik für Nuklearmedizin, in der dieser Nuklearmediziner tätig war, ist Antragsgegner dieses Gutachterverfahrens.

Medizinischer Sachverhalt

Im Dezember 2016 wurde bei der Antragstellerin ein klassisches Hodgkin Lymphom diagnostiziert. Zwischen Dezember 2016 und April 2017 wurde eine systemische Chemotherapie verabreicht. Zur Beurteilung des Therapieerfolges wurde im Mai 2017 eine FDG-PET/CT-Untersuchung in der Klinik für Nuklearmedizin eines Krankenhauses durchgeführt, in der sich eine komplette Remission zeigte.



Mikroskopische Aufnahme eines Lymphknotens bei einem Patienten mit Morbus Hodgkin (Lymphom) mit zwei Reed-Sternberg-Zellen.

Aufgrund unklarer klinischer Symptome stellte sich die Antragstellerin im November 2017 erneut beim Antragsgegner zum Ausschluss eines Lymphom-Rezidivs mittels FDG-PET/CT vor. Hier zeigte sich im Vergleich zur Voruntersuchung neues, sehr stoffwechselaktives Gewebe im Bereich der ursprünglichen Primärlokalisation des Lymphoms. Dieses wurde durch den Antragsgegner als Rezidiv gewertet.

Etwa zwei Monate später wurde von einem niedergelassenen Radiologe ein weiterer Befund mittels CT erhoben, der als vereinbar mit einem Rezidiv beschrieben wurde. Daraufhin erfolgte im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einer thoraxchirurgischen Klinik eine Thorakoskopie mit Probenentnahme. Der pathologisch-histologische Befund ergab regelrechtes Thymusgewebe ohne Hinweis auf ein Rezidiv.

Um mit Sicherheit einen Thymusbefall auszuschließen, bestand die verunsicherte Antragstellerin auf einer kompletten Entfernung des Thymus, die ebenfalls minimalinvasiv thorakoskopisch erfolgen sollte. Wegen der vorbestehenden Verwachsungen musste während der Thorakoskopie auf ein offenes Vorgehen mit einer Sternotomie konvertiert werden. Auch im entfernten Thymus konnte kein Rezidiv nachgewiesen werden. Die Untersuchung des entnommenen Gewebes ergab lediglich ak-

tiviertes Thymusgewebe ohne Hinweis auf ein Rezidiv des Lymphoms. Das diskussionswürdige Vorgehen, unter anderem mit der Indikationsstellung zum zweiten thoraxchirurgischen Eingriff, war nicht Gegenstand des Gutachterverfahrens.

Vorwurf

Die Antragstellerin wirft dem Antragsgegner vor, bei der Befundung der FDG-PET/CT im November 2017 eine falsche Diagnose – Rezidiv des Hodgkin Lymphoms – gestellt zu haben. Die Operation habe diese falsche Diagnose bestätigt und habe eine Thymushyperplasie ergeben. Die Diagnose des Rezidivs sei leichtfertig gestellt worden ohne andere Differenzialdiagnosen in Betracht zu ziehen. Durch diese, aus Sicht der Antragstellerin fehlerhafte Diagnose, habe sie längere Zeit mit der psychischen Belastung gelebt, dass der Krebs zurückgekommen sei. Seit dem operativen Eingriff leide sie unter starken Schmerzen und sei zeitweise extrem in ihrer Lebensführung eingeschränkt.

Gutachten

Nachdem sich die beschuldigte Klinik für Nuklearmedizin und die zuständige Haftpflichtversicherung mit der Durchführung des frei-

Diagnoseirrtum vs. Diagnosefehler

Diese juristische Unterscheidung zwischen einem „Diagnoseirrtum“, der zu keiner Haftung führt, und einem „Diagnosefehler“ für den der Arzt zivilrechtlich haftet, ist einem Patienten regelmäßig nicht bekannt. Er setzt regelmäßig eine falsche Diagnose mit einem Behandlungsfehler gleich.

Befunde und Symptome können allerdings mehrdeutig sein. Symptome einer Krankheit können sich mit den Symptomen einer anderen Krankheit überlagern. Die richtige Diagnose zu stellen, gehört deswegen zu den schwierigsten ärztlichen Pflichten überhaupt. Die Rechtsprechung trägt dem dadurch Rechnung, dass sie eine falsche Diagnose nicht ohne weiteres als Behandlungsfehler wertet. Nur eine falsche Diagnose, die im juristischen Sinne vorwerfbar falsch war, führt zu einer zivilrechtlichen Haftung. Eine, aus Sicht eines gewissenhaften Arztes, ex ante noch vertretbare Diagnose ist in der Regel nicht als schuldhaft falsch anzusehen.

willigen Gutachterverfahrens einverstanden erklärt hatten, hat die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen sämtliche relevante medizinische Unterlagen beigezogen und ein externes Sachverständigengutachten eingeholt. An die medizinischen Feststellungen des externen Gutachters ist die Gutachterstelle nicht gebunden. Sie dienen der Vorbereitung der Entscheidung der Gutachterstelle.

Der Gutachter machte in seinem Gutachten zusammenfassend folgende Feststellungen:

Die aktuelle AWMF-Richtlinie empfiehlt bei Verdacht auf ein Rezidiv eines Hodgkin Lymphoms eine bildgebende Diagnostik mittels FDG-PET/CT. Im konkreten Fall bestand bei der Antragstellerin der klinische Verdacht auf ein Rezidiv. Dadurch war die Indikation zur Durchführung einer FDG-PET/CT als Diagnostik der Wahl gegeben. Hierbei zeigte sich eine neue Raumforderung im oberen Mediastinum, im Bereich der ursprünglichen Primärmanifestation des Lymphoms.

Diese Raumforderung wurde irrtümlich als Rezidiv eines Lymphoms gewertet, die Möglichkeit des letztendlich vorliegenden Thymusrebound wurde zwar erwähnt, jedoch als eher unwahrscheinlich eingeschätzt. Diese Fehleinschätzung wurde als Diagnoseirrtum eingestuft.

Bei Verdacht auf das Vorliegen eines Rezidivs aufgrund einer bildgebenden Untersuchung wurde eine histologische Sicherung empfohlen, welche in diesem Fall einen Thymusrebound und kein Lymphom-Rezidiv ergab. Dieses Ergebnis hätte laut Gutachter genügt, um ein Rezidiv auszuschließen.

Entscheidung der Gutachterstelle

Da die Kommission, bestehend aus einem Arzt und einem Juristen, die gutachterlichen Ausführungen für wissenschaftlich überzeugend, nachvollziehbar und schlüssig hielt, schloss sie sich der Beurteilung an.

Die Kommission stellte fest, dass die Indikation zur Durchführung der FDG-PET/CT im November 2017 gegeben war. Weiter legte sie dar, dass es im streitgegenständlichen FDG-PET/CT mehrere Erklärungsmöglichkeiten für die neu abgrenzbare Weichgewebsstruktur im oberen Mediastinum gegeben hat.

Die wahrscheinlichste Differenzialdiagnose war im konkreten Fall ein Thymusrebound. Weniger wahrscheinlich, aber nicht auszuschließen war als zweite Differenzialdiagnose ein Rezidiv des Hodgkin Lymphoms.

Der Thymusrebound tritt nach einer Chemotherapie statistisch bei 50 Prozent der betroffenen Patienten als eine Reaktion des im Mediastinum liegenden Thymus auf. Für ein Vorliegen des Thymusreboundes sprach, neben dem visuellen Aspekt der Gewebeformation auf den Schnittbildern, auch das junge Alter der Antragstellerin sowie der Krankheitsverlauf.

Für das ebenfalls mögliche Rezidiv sprachen die Lokalisation im Bereich der Primärmanifestation des Hodgkin Lymphoms und der relativ hohe Glukosestoffwechsel.

Beide Differenzialdiagnosen wurden, wie dem FDG-PET/CT-Befund des Antragsgegners zu entnehmen war, gegeneinander abgewogen. In einer Gesamtschau ist die Kommission der Meinung, dass der Antragsgegner die Wahrscheinlichkeit für ein Lymphom-Rezidiv als zu hoch und die Wahrscheinlichkeit für einen Thymusrebound als zu gering eingeschätzt hat. Diese Fehleinschätzung führte dann dazu, dass der Antragsgegner zu der ex post unzutreffenden Diagnose eines Rezidivs des Hodgkin Lymphoms gelangte. Allerdings ist eine solche Fehleinschätzung nach Ansicht der Kommission nicht als behandlungsfehlerhaft anzusehen, da ein definitiver Ausschluss des Lymphom-Rezidivs im streitgegenständlichen Fall ohne histologische Sicherung nicht möglich war.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen kam aufgrund dieser Einschätzung zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass es sich aufgrund des vorliegenden Sachverhaltes um eine inhaltlich unzutreffende, aber vertretbare Diagnose handelt. Damit liegt ein Diagnoseirrtum, aber kein Diagnosefehler vor. Sie verneinte damit eine zivilrechtliche Haftung.

Autoren

Professor Dr. Ekkehard Pratschke
Alban Braun
Dr. Susanne Jung-Munkwitz

alle Gutachterstelle für
Arzthaftungsfragen bei der BLÄK