

Der „interessante Fall“ aus der Gutachterstelle

Folge 10: Nicht erkanntes Bronchialkarzinom auf einem Röntgenbild

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 Gutachterkommission hat sich durch die Veröffentlichung des „interessanten Falls“ vor allem der Vorbeugung von Behandlungsfehlern verschrieben. Im folgenden Beitrag möchte sie einen Fall darstellen, der sich in der Notaufnahme eines Klinikums ereignet hat. In Notfallsituationen werden ärztliche Befunde im Kontext der Priorität akuter Symptome bewertet. Dieser vielschichtige, diagnostische Prozess muss im klinischen Alltag oftmals unter Zeitdruck und eingeschränkten personellen Ressourcen erfolgen. Nebenbefundlich erhobene Untersuchungsergebnisse geraten dabei aus dem Fokus und werden ohne „Second look“-Prinzip leicht übersehen. Im hier vorgestellten Fall führte die Bewertung eines Röntgenbildes ausschließlich anhand von „Notfallkriterien“ zum Nichterkennen eines malignen Tumors.

Akutes Koronarsyndrom

Nach einem Fahrradsturz suchte ein 67-jähriger Patient mit seit einigen Tagen bestehenden, rezidivierenden pectanginösen Beschwerden seinen Hausarzt auf. An Vorerkrankungen waren eine chronische Bronchitis bei Nikotinkonsum, eine Hypertonie und ein Schwindel unklarer Genese bekannt. Der Patient gab seit zwei Stunden vermehrte Schmerzen linksthorakal und eine Dyspnoe, selbst bei der geringsten Belastung, an. Ein EKG zeigte keinerlei Ischämiezeichen. Nach Verabreichung eines Nitrosprays und Aspiringabe wies der Hausarzt den Patienten umgehend in ein Krankenhaus (Antragsgeber) ein.

In der Notaufnahme des Krankenhauses erfolgte eine Akutdiagnostik des bestehenden Koronar-



© SeventyFour Images/Alamy – mauritius-images.com

syndroms mittels EKG, Herzecho, Laboruntersuchung und Thorax-Röntgenaufnahme. Dabei fand sich ein mäßig erhöhtes Troponin T ohne CK/CK-MB-Anstieg; Herzecho und EKG ergaben bis auf einen AV-Block I. Grades keine Auffälligkeiten. Das Röntgenbild des Thorax (nur eine Ebene p.a.) zeigte keine Stauungszeichen, kein Infiltrat, keinen Erguss oder Pneumothorax. Zur Abklärung eines NSTEMI (Nicht-ST-Hebungsinfarkt) oder einer instabilen Angina pectoris folgten weitere EKG- und Laborkontrollen. Eine Herzkatheteruntersuchung am nächsten Morgen zeigte ursächlich für die Beschwerden eine koronare Dreifäßerkrankung mit führender Stenose des vorderen, absteigenden Astes der linken Koronararterie, die erfolgreich mit einem Stent versorgt wurde. Es wurde eine instabile Angina pectoris diagnostiziert und im Verlauf noch eine zweite Koronarangiografie durchgeführt, die ein gutes Kurzergebnis nach Stenting ergab. Eine Woche später wurde der Patient nach medikamentöser Einstellung entlassen.

Wesensänderung und unklarer Gewichtsverlust

Sieben Monate später wandte sich die Tochter des Patienten an dessen Hausarzt und gab an,

dass ihr Vater antriebslos und wesensverändert sei. Bei einem Hausbesuch wenig später stellte dieser außerdem einen unklaren Gewichtsverlust von 10 kg fest. Folglich wies der Hausarzt den Patienten wieder – diesmal in eine andere – Klinik ein. Dort wurden in einer Fremdanamnese depressive Verstimmungen, Apathie, eine Sprechverweigerung und ablehnendes Verhalten gegenüber Familienangehörigen festgehalten. Eine Eigenanamnese war nicht möglich. Bei der klinischen Untersuchung war der Patient nur zur Person orientiert und zeigte ein unsicheres, ataktisches Gangbild. Zur diagnostischen Abklärung wurde eine Thorax-Röntgenaufnahme angefertigt, die einen auffälligen Befund ergab. Der linke Hilus war knollig vergrößert und legte den Verdacht auf eine Raumforderung nahe. Eine Thorax-CT bestätigte einen 4 x 5,5 x 3,5 cm großen hilären Tumor mit radiären Ausläufern, miliärer Metastasierung in benachbarte Segmente, Einbruch in den linken Oberlappenbronchus und malignitätssuspekten benachbarten Lymphknoten.

Die weitere Bildgebung zeigte in der cranialen Computertomografie (CCT) einen großen raumfordernden Prozess links frontal mit Verlagerung der Mittellinie und Kompression der Seitenventrikel. Bei hochgradigem Verdacht auf ein großes,

zentrales Bronchialkarzinom mit Hirnmetastase wurde der Patient zur Biopsie und weiteren Behandlung in eine Lungenfachklinik verlegt. Die Pathologie der Biopsie ergab ein Plattenepithelkarzinom der Lunge. Aufgrund der ausgeprägten zerebralen Metastasierung wurde als Therapie eine zerebrale Bestrahlung sowie anschließend eine systemische Chemotherapie empfohlen. Nach Entlassung unterzog sich der Patient heimatnah noch einer ambulanten Strahlentherapie, musste jedoch wegen einer Verschlechterung seines Allgemeinzustandes mit zunehmender Verwirrtheit wenige Tage später wieder stationär aufgenommen werden. Der weitere Verlauf war von Therapieverweigerung und aggressivem Verhalten geprägt. Eine Chemotherapie wurde nicht mehr erwogen. Der Patient verstarb sechs Wochen nach Feststellung der pulmonalen Raumforderung an seiner onkologischen Erkrankung.

Vorwurf

Die Tochter des Verstorbenen wollte als Erbin von der Gutachterstelle geklärt haben, ob nicht das Bronchialkarzinom bereits während der Behandlung beim Antragsgegner und damit sieben Monate früher, hätte erkannt werden können. Durch dieses Nichterkennen sei wertvolle Zeit bei der Behandlung der Krebserkrankung verloren gegangen. Möglicherweise hätte ihr Vater noch erfolgreich ärztlich behandelt werden können.

Externes radiologisches Gutachten

Die Gutachterstelle beauftragte einen externen Sachverständigen mit der Begutachtung des Falls. Dieser hielt auf der beim Antragsgegner angefertigten Thorax-Röntgenaufnahme des Antragsgegners am linken Hilus eine streifige Verdichtungsformation von ca. 3 x 3 cm für abgrenzbar. Er beurteilte sie als „dringenden Verdacht auf eine Raumforderung links hilär“. Nach seiner Ansicht hätte es sich aufgrund dieses Befundes empfohlen, zusätzlich zu dem Röntgenbild in nur einer Ebene (p.a.) eine ergänzende Seitenaufnahme zu veranlassen bzw. diese Aufnahme mit Voraufnahmen von bekannten, früheren Behandlungen des Patienten im Hause zu vergleichen. Weiterhin erachtete der Gutachter eine Abklärung des Befunds mittels einer Thorax-CT für notwendig. Auch wenn die Untersuchung zum Ausschluss einer akuten Pathologie bei Verdacht auf Koronare Herzkrankheit durchgeführt wurde, hätte dem Befunder des Thorax-Röntgenbildes die Asymmetrie der beiden Lungenhili auffallen müssen. Als Ursache der Verschattung oberhalb des linken Hilus stand neben einem Tumor auch eine Atelektase oder eine Pneumonie im Raum.

Beweislast – Unterschiede im Zivil- bzw. Strafrecht

Der vorliegende Fall ist dramatisch, weil wegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers möglicherweise ein Patient früher verstorben ist. Dies hat zivilrechtliche, aber möglicherweise auch strafrechtliche Folgen. Die bayerische Gutachterstelle beurteilt einen ihr zur Entscheidung vorgelegten Fall ausschließlich zivilrechtlich. Sie beschränkt sich darauf festzustellen, ob sich anhand der Aktenlage, also der Behandlungsunterlagen, feststellen lässt, dass ein zivilrechtlicher Schadensersatzanspruch besteht. Im Zivilrecht gibt es mehrere Rechtsfiguren wie zum Beispiel den „groben Behandlungsfehler“ oder den „qualifizierten Befunderhebungsfehler“, die zu einer für den Arzt nachteiligen Umkehr der Beweislast führen. Bei diesen beiden genannten Rechtsfiguren ist dies die „Kausalität“. Diese Rechtsfiguren gelten aber auch nur für das Zivilrecht, nicht für das Strafrecht. Würde der Fall strafrechtlich beurteilt, bliebe es dabei, dass dem behandelnden Arzt nachgewiesen werden muss, dass zwischen einem „Behandlungsfehler“ und, wie in diesem Fall, dem Tod eines Patienten ein Ursachenzusammenhang besteht.

Ein Befunderhebungsfehler ist ein Behandlungsfehler. Der Behandlungsfehlervorwurf besteht darin, einen medizinisch gebotenen Befund nicht erhoben zu haben. Er wird dann als „qualifiziert“ bezeichnet, wenn sich bei Erhebung des versäumten, medizinisch gebotenen Befundes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so gravierendes Ereignis ergeben hätte, dass die Nichtreaktion auf dieses Ereignis grob fehlerhaft gewesen wäre. Liegen all diese Voraussetzungen vor, muss der Behandelnde und nicht der Patient den Kausalzusammenhang zwischen Fehler und Schaden beweisen.

Entscheidung der Gutachterstelle

Die Entscheidung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, trifft bei der bayerischen Gutachterstelle eine Kommission, die sich aus einem Arzt und einem Juristen zusammensetzt.

Die Kommission kam nach Studium der gesamten Akten unter Einbeziehung der Ausführungen des Sachverständigen zu der Ansicht, dass ein qualifizierter Befunderhebungsfehler vorliegt. Auch wenn im ärztlichen Fokus zunächst das akute Koronarsyndrom stand, hätte nach Ansicht der Kommission, den beim Antragsgegner beschäftigten Ärzten die vom externen Gutachter festgestellte streifige Verdichtungsformation auf dem Röntgenbild auffallen müssen. Dies nicht als weiter abklärungsbedürftigen Befund zu erkennen, wertete die Kommission als behandlungsfehlerhaft.

Nach Feststellung des Behandlungsfehlers, musste sich die Kommission mit der sich nun ergebenden Folgefrage auseinandersetzen, ob dieser Behandlungsfehler, wie von der Antragstellerin vermutet, den Tod des Patienten frühzeitig verursacht hat. Grundsätzlich muss derjenige, der einen Arzthaftungsanspruch geltend macht, sowohl den Behandlungsfehler als auch den Ursachenzusammenhang zwischen diesem Fehler und dem Schaden beweisen. Um einen solchen Ursachenzusammenhang annehmen zu können, muss aus Sicht des Haftungsrechtes ein solcher Grad an Wahrscheinlichkeit bestehen, der etwaige verbleibende Restzweifel nicht mehr ins Gewicht fallen lässt. Dass ein

solcher Grad an Wahrscheinlichkeit besteht, ist im vorliegenden Fall zumindest zweifelhaft.

Allerdings kam die Kommission in Übereinstimmung mit dem externen Gutachter zu dem Ergebnis, dass von den Krankenhausärzten weitere Befunde wie zum Beispiel ein Thorax-CT hätten erhoben werden müssen. Bei weiterer Abklärung hätte nach Überzeugung der Kommission mit einer Wahrscheinlichkeit von über 50 Prozent das Bronchialkarzinom zutreffend diagnostiziert werden können. Eine Nichtreaktion auf ein festgestelltes Bronchialkarzinom wäre aus ärztlicher Sicht völlig unverständlich und damit grob fehlerhaft gewesen.

Zivilrechtliche Konsequenz des Behandlungsgeschehens als „qualifizierten Befunderhebungsfehler“ ist, dass nunmehr das beschuldigte Krankenhaus die Beweislast zu tragen hat, dass die Überlebenszeit des Patienten auch bei einer Einleitung einer ärztlichen onkologischen Therapie nicht verlängert worden wäre. Dieser Beweis konnte im Rahmen des Gutachterverfahrens nicht geführt werden.

Autoren

Professor Dr. Ekkehard Pratschke
Alban Braun
Dr. Sabine Grill

alle Gutachterstelle für
Arzthaftungsfragen bei der BLÄK