

# Verspätete Diagnostik des Mammakarzinoms

*Folge 10 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“*

*von Herbert Weltrich und Herwarth Lent\**

Die Gutachterkommission hat immer wieder Sachverhalte zu beurteilen, in denen vermeidbare Behandlungsfehler die frühzeitige Diagnose eines Mammakarzinoms verhinderten und damit zu teils erheblichen Gesundheitsschäden führten. Bereits in der April-Ausgabe 1998 des *Rheinischen Ärzteblattes* (Seite 6) hatte die Gutachterkommission einen entsprechenden Hinweis veröffentlicht (siehe Kasten Seite 25).

Auch nach dieser Veröffentlichung musste die Kommission weitere Fälle einer mangelhaften Diagnostik beanstanden. Beispielhaft werden die beiden nachfolgenden Sachverhalte geschildert.

## Behandlungsfehler eines Gynäkologen

Bei einer Vorsorgeuntersuchung am 15. Juli tastete der beschuldigte Gynäkologe bei der 35-jährigen Patientin eine knotige fibrozystische Formation im oberen äußeren Bereich der rechten Brust. Aufgrund der familiären Anamnese galt die Frau als Risikopatientin, was der Arzt wusste. Er veranlasste eine Mammographie, die der Radiologe wie folgt beurteilte:

„Altersentsprechender mammographischer Befund; kein Anhalt für Malignität. Die klinisch rechts tastbaren kleinen Verdichtungsareale heben sich im Röntgenbild nicht ab. Sonographisch erkennt man zwei kleine 9 x 2 und 5 x 2 mm große, fast echofreie Areale; es könnte sich

hierbei um kleinste zystische Prozesse handeln. Der Befund sollte jedoch in kurzfristigen Abständen klinisch überwacht werden.“

Ob der Überwachungshinweis des Radiologen der Patientin mitgeteilt worden ist, ergibt sich aus der Dokumentation nicht. Am 21. September des folgenden Jahres stellte sich die Patientin dem Gynäkologen wieder vor, der eine Größenzunahme des Knotens feststellte. Die von ihm veranlasste Mammographie, ergänzt durch eine Sonographie vom selben Tage, wurde wie folgt beurteilt:

„Unauffälliger mammographischer Befund. Sonographisch lassen sich die beiden rechtsseitig tastbaren Knoten gut darstellen; es handelt sich am ehesten um Zysten. Im Vergleich zur Voruntersuchung allerdings deutliche Wachstumstendenz des etwas größeren Knotens. Es sollte eventuell doch eine histologische Klärung überlegt werden.“

In der Dokumentation des Gynäkologen finden sich in der Folgezeit keine weiteren Eintragungen, auch nicht darüber, ob die vom Radiologen aufgeworfene Frage einer histologischen Klärung mit der Patientin erörtert worden ist und ob ihr weitere Kontrolluntersuchungen nahegelegt wurden. Der Arzt hat erst im Verfahren vor der Gutachterkommission die – von der Patientin bestrittene – Behauptung aufgestellt, die Patientin habe eine histologische Untersuchung abgelehnt.

Die Patientin erschien erst im

April des übernächsten Jahres wieder in der Praxis des Gynäkologen. Er stellte eine weitere Vergrößerung des Knotens fest. Der Befund des Radiologen über das Ergebnis der am 26. April durchgeführten Mammographie und Sonographie lautete:

„Im Mammogramm Nachweis eines unscharf begrenzten Verdichtungsherdes rechts oben außen, der gegenüber der Voruntersuchung weiter an Größe zugenommen hat. Der Herd hat sonographisch jetzt einen Durchmesser von 13 x 11 mm. Histologische Klärung dringend erforderlich.“

Die feingewebliche Untersuchung des zunächst entnommenen tastbaren Knotens ergab, dass es sich um ein 3 cm großes, invasives Karzinom vom duktalem Typ mit tubulärer Differenzierung handelte (Tumorstadium pT2, N1, Mx, G2).

Die aufgrund dieses Ergebnisses in einer zweiten Operation vorgenommene Entfernung des äußeren Quadranten deckte ein weiteres, etwa 1 cm großes intraduktales Karzinom auf. Von den entfernten axillären Lymphknoten waren zwei von multifokalen Mikrometastasen durchsetzt; ein Kapseldurchbruch war nicht vorhanden.

Die nachfolgende (sachgerechte) Therapie war nicht Gegenstand des Verfahrens.

## Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission bewertete das Verhalten des Gynäko-

\* 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.

logen in Übereinstimmung mit einem fachsachverständigen Gutachten wie folgt:

Bei der Vorsorgeuntersuchung am 15. Juli fehlten im Mammogramm noch eindeutige Hinweise für ein pathologisches Geschehen im rechten oberen äußeren Brustabschnitt, wenngleich an umschriebener Stelle in einer Ebene bereits eine beginnende Strukturänderung auffiel, so dass die Notwendigkeit zu kurzfristigen Befundüberprüfungen bestand, auf die auch der Radiologe ausdrücklich hingewiesen hatte.

Die Gutachterkommission konnte nicht mehr ermitteln, aus welchen Gründen diese Überprüfung erst nach 19 Monaten stattfand. Zu diesem Zeitpunkt war mammographisch im Vergleich zu den Voruntersuchungen vom 15. Juli eine Größenzunahme des Herdes im rechten oberen Quadranten eindeutig zu sehen. Im Hinblick auf die Wachstumstendenz hatte der Radiologe zu Recht die Frage einer histologischen Klärung aufgeworfen.

Die Gutachterkommission war der Auffassung, dass der Gynäkologe, nachdem er von dem Befund Kenntnis erhielt, diese Frage unverzüglich mit der Patientin zu erörtern hatte. Schon zu diesem Zeitpunkt war die Entfernung des tastbaren und sonographisch wie mammographisch dargestellten Knotens dringend angezeigt. Aus den Unterlagen des Arztes ergibt sich nichts dafür, dass er die hier notwendigen Maßnahmen in die Wege geleitet hat. Seine spätere Erklärung, die Patientin habe die empfohlene Probeexzision abgelehnt, konnte den Arzt mangels Dokumentation nicht entlasten.

Die Kommission stellte deshalb als vorwerfbaren Behandlungsfehler fest, dass der Gynäkologe nicht die gebotene Sorgfalt gewahrt hat. Er hätte schon im September und nicht erst Ende April des übernächsten Jahres, also über anderthalb Jahre früher, auf die dringend erforderliche Klärung des verdächtigen Befundes hinwirken müssen. Zu diesem Zeitpunkt hätte das Karzinom nachgewiesen werden können mit

der Folge einer deutlich besseren Heilungschance.

Der zweite zu schildernde Sachverhalt betrifft die Behandlung eines Gynäkologen und eines Radiologen.

#### **Der Sachverhalt**

Aus den Behandlungsunterlagen der beiden beschuldigten niedergelassenen Ärzte und der nachbehandelnden Klinik ergab sich Folgendes:

Der Gynäkologe tastete bei der Untersuchung der 42-jährigen Patientin am 28. Juli ein, wie er dokumentierte, „Knötchen“ an der linken unteren Brustseite und beschrieb es als nicht verdächtig. Nachdem vor 5 Monaten im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung am 2. März eine Mammographie beidseits in zwei Ebenen außer einer Mastopathie keinen Anhalt für ein pathologisches Geschehen erbracht hatte, sah der Gynäkologe von einer weiteren Mammographie ab.

Bei den anschließend in Abständen von etwa drei Monaten durchgeführten insgesamt vier Kontrolluntersuchungen bis Mitte Juli des folgenden Jahres findet sich in der Dokumentation des Gynäkologen keine weitere Erwähnung des zuvor festgestellten kleinen Knotens. Erst nach der nächsten Untersuchung am 16. September findet sich der Vermerk „derber, fast unverschieblicher druckdolenter Knoten“. Die vom Gynäkologen nun veranlassten mammographischen Aufnahmen vom 20. September, die der Gutachterkommission nicht vorgelegt werden konnten, wurden vom Radiologen im Wesentlichen wie folgt beurteilt:

„Mammographie beidseits in zwei Ebenen, kein Hinweis auf ein Malignom. Kein suspekter Tastbefund.“

Im Kommissionsverfahren erwähnte der Radiologe hierzu ergänzend, dass bei seiner klinischen Untersuchung ein knapp 5 mm großer, subkutaner Knoten an der linken unteren Mammaumschlagfalte vorgelegen habe, der nicht mehr eindeutig der Brustdrüse zuzuordnen gewesen sei. Der Patientin sei im

Gespräch empfohlen worden, dies durch den Gynäkologen klären zu lassen. Sein schriftlicher Befund enthält diesen Hinweis nicht; auch die Patientin bestreitet ihn.

Mitte November traten Schmerzen im Bereich des Knotens auf. Der Gynäkologe nahm eine Hormonstörung an und behandelte lokal mit einer Hormonsalbe. Mitte Februar des folgenden Jahres hatten sich Form und Aussehen des Knotens verändert, so dass die Patientin nun zur Mammographie und Sonographie überwiesen wurde. Jetzt wurde der Befund an der linken Brust als karzinomverdächtig bewertet und die stationäre Behandlung veranlasst. Die operative Therapie wurde unter Mitnahme des Fett- und Drüsengewebes der Axilla durchgeführt, wobei bei der mikroskopischen Untersuchung zwei Lymphknoten von Metastasen des 2,3 cm großen infiltrierend gewachsenen, soliden, teils adenoiden duktalem Mammakarzinoms (pT4, N1, G2) befallen waren.

#### **Gutachtliche Beurteilung**

Die Gutachterkommission stellte in Übereinstimmung mit dem Gutachten eines gynäkologischen und eines radiologischen Fachsachverständigen Behandlungsfehler des Gynäkologen und des Radiologen fest.

#### *Behandlungsfehler des Gynäkologen*

Obwohl dem beschuldigten Gynäkologen seit der Untersuchung Ende Juli der kleine Knoten im Bereich der linken Brust bekannt war, finden sich bei allen weiteren Untersuchungen bis September des folgenden Jahres keine Eintragungen über die Entwicklung des „Knötchens“, auch wenn ihm dies zunächst nicht als karzinomverdächtig erschien.

Der Palpationsbefund vom 16. September – derber, fast unverschieblicher druckdolenter Knoten – wurde nunmehr zum Alarmsignal. Für die Kommission war nicht nachzuvollziehen, dass der Befund des Radiologen vom 20. September – „kein suspekter Tastbefund“ – den

Gynäkologen nicht zur Klärung des Widerspruchs und damit zu weiteren Maßnahmen veranlasst hat. Wie der Radiologe später – abweichend von seinem schriftlichen Befund – einräumte, lag auch bei seiner klinischen Untersuchung ein knapp 5 mm großer, subkutaner Knoten vor, der ihm klärungsbedürftig erschien.

Unabhängig von dem mangelnden Hinweis des Radiologen gebot die ärztliche Sorgfaltspflicht dem Gynäkologen, angesichts seiner eindeutigen Feststellung des näher beschriebenen isoliert tastbaren und damit krebsverdächtigen Knotens, dessen histologische Klärung zu veranlassen, um ein Karzinom zuverlässig nachweisen oder auszuschließen zu können. Das Versäumnis des Gynäkologen führte zu einer Diagnose- und Therapieverzögerung von mindestens fünf Monaten. Inwieweit hierdurch die Heilungsprognose verschlechtert wurde, ließ sich in diesem Fall schwer abschätzen. Die Gutachterkommission betonte aber in ihrer Entscheidung auch hier den allgemein anerkannten Grundsatz, dass die Behandlungsaussichten umso besser seien, je früher die Therapie einsetze.

#### *Behandlungsfehler des Radiologen*

Die der Kommission vorgelegte „Mammographie beidseits in zwei Ebenen“ vom 2. März war von dem Radiologen zutreffend beurteilt worden. In Übereinstimmung mit der Anamnese und dem schriftlich fixierten klinischen und mammographischen Befund ergab sich kein Anhalt für ein Malignom.

Die Mammographien vom 20. September des folgenden Jahres konnten aus nicht mehr feststellbaren Gründen der Kommission nicht zur Beurteilung vorgelegt werden. Von der linken Brust wurden damals zwei Aufnahmen in der üblichen medio-lateralen und kranio-kaudalen Ebene angefertigt. Wegen des unstrittigen Tastbefundes wären hier jedoch zusätzlich markierte Zielaufnahmen des veränderten Bezirks, ggf. ergänzt durch eine Sonographie, erforderlich gewesen. Zu beanstanden waren im Übrigen die

Mängel des Befundberichts, der sich auf die – zudem fehlerhafte – Bewertung „kein suspekter Tastbefund“ beschränkte, anstatt den Tastbefund als solchen und den Rat zu seiner Klärung mitzuteilen.

Die aufgeführten vorwerfbarsten Unterlassungen des Radiologen haben nach Auffassung der Kommission entscheidend dazu beigetragen, dass im September die weiterführende Diagnostik zur Erkennung des Karzinoms versäumt wurde und erst mit einer Verzögerung von fünf Monaten sachgerecht behandelt werden konnte.

#### **Ergänzend zum Thema**

Im letzten Jahrzehnt hat sich die Zahl der von der Gutachterkommission festgestellten Behandlungsfehler in der Mamma-Diagnostik deutlich erhöht. Bis 1990 wurden 42 Prozent der deswegen gegen Gynäkologen und Radiologen erhobenen Vorwürfe als begründet beurteilt (allgemeine Behandlungsfehlerquote 1990: 34 Prozent). Ab 1991 stieg die Quote zeitweise (1996) bis auf 85 Prozent an. Seit 1998 scheint dieser Negativtrend rückläufig. Die Fehlerquote fiel auf 63 Prozent und im Jahr 2000 auf rund 50 Prozent.

Die Feststellungen ab 1991 beziehen sich auf insgesamt 157 Begutachtungsverfahren, in denen nach der Kommissionsbeurteilung bei 89 Patientinnen ein Mammakarzinom verkannt worden war. Bei 43

Patientinnen führte die vorwerfbar verspätete Feststellung des Mammakarzinoms zu einer Therapieverzögerung von bis zu 6 Monaten, bei 27 Patientinnen von 7 bis 12 Monaten und bei 19 Patientinnen von über 1 Jahr, darunter in 2 Fällen von mehr als 2 Jahren.

Die Verknennung eines Mammakarzinoms stellt den häufigsten der von der Gutachterkommission festgestellten vorwerfbarsten Behandlungsfehler dar.

Die Sorgfaltsmängel der Gynäkologen betrafen

- unzureichende Palpation der Brüste,
- Unterlassung indizierter Mammographien,
- Versäumnisse weiterer diagnostischer Maßnahmen bis hin zur Probeexcision zur Klärung der Dignität tastbarer Knoten,
- Mängel bei der Unterrichtung über die Notwendigkeit bzw. Dringlichkeit kurzfristiger Kontrollen.

Für die Verknennung klärungsbedürftiger Herdbefunde durch Radiologen waren u.a. ursächlich

- Unterlassung notwendiger Zielaufnahmen,
- unzureichende präoperative Herdmarkierung bzw. Unterlassung der Radiographie des Operationspräparates, so dass die Probeexcision nicht zum zutreffenden Ergebnis führte,
- technisch fehlerhafte Mammographien.

#### **Hinweis der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler**

Die Verknennung eines Mammakarzinoms ist in letzter Zeit vermehrt Gegenstand von Feststellungen der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler.

Ein unklarer, auffälliger oder verdächtiger Palpationsbefund ist durch weitergehende Untersuchungen zu klären. Ein Herdbefund, wie z. B. ein tastbarer Knoten, ist – mit Ausnahme einer scharf abgegrenzten Zyste – als krebsverdächtig anzusehen. Eine Zyste kann durch die Mammasonographie, die eine wichtige Ergänzungsmethode darstellt, diagnostiziert werden. Mikroverkalkungen als indirekter Hinweis auf intraduktale Proliferationen können nur durch die Mammographie erkannt werden. Sie ist weiterhin das entscheidende bildgebende Verfahren, während die Sonographie die Differenzierung gutartiger Prozesse und die Lokalisation von Herden in sehr dichtem Mammagewebe ermöglicht.

Die Indikationen zur ergänzenden Kernspintomographie lassen sich noch nicht abschließend beurteilen. Hilfreich ist eine solche Untersuchung bei vermutetem Defekt einer Silikonprothese, bei Schwierigkeiten der Differenzierung zwischen einer Narbe und einem Tumorrezidiv sowie zur Feststellung eines Zweitkarzinoms in dichtem, schwer beurteilbarem Mammagewebe.

Alle krebsverdächtigen Herdbefunde bedürfen einer histologischen Klärung, auch wenn der Mammographiebefund negativ ist (vergleiche zu allem „Der Gynäkologe“ 12/97 Seite 978/ 979).