

Behandlungsfehler bei Hautkrebs

*Versäumnisse in Diagnostik und Behandlung maligner Melanome –
Folge 25 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche
Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“*

*von Herbert Weltrich und Wilfried Fitting**

Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Pathologie des malignen Melanoms, einer außerordentlich bösartigen Geschwulst, kann der Primärtumor, trotz reichlicher Metastasenbildung, klein und unscheinbar bleiben, aber meist früh Metastasen entwickeln. Das zwingt zu besonderer Sorgfalt bei der Beurteilung von Gewebeerkrankungen und zu frühzeitigen diagnostischen Maßnahmen, wozu insbesondere die histologische Untersuchung exzidierten Gewebeanteile gehört. Die Gutachterkommission hatte in der Vergangenheit in zahlreichen Fällen Anlass, ärztliche Versäumnisse mit schwerwiegenden Folgen zu beanstanden.

Aus der Fülle der beurteilten Fälle werden zwei Sachverhalte geschildert, bei denen fehlerhaftes ärztliches Vorgehen festgestellt werden musste.

Erster Fall: Unterlassung der histologischen Untersuchung einer pathologischen Hautveränderung

Der Sachverhalt

Der 62-jährige Patient stellte sich am 9. Juni in der Praxis der beschuldigten niedergelassenen Hautärztin vor. Als Hautbefund am rechten Oberschenkel stellte sie einen sich fest anfühlenden, in der Haut liegenden, leicht erhabenen, hautfarbenen Nodus fest. Ihre Diagnose lautete „Histiozytom“. Sie erklärte dem Patienten, Histiozytome seien gutartige Hauttumore, deren Entfernung nicht notwendig sei. Da der Patient dies gleichwohl verlangte, wurde eine Exzision durchgeführt. Auf eine histolo-

gische Untersuchung des entnommenen Gewebes verzichtete die Ärztin, da es sich nach ihrer Beurteilung um einen gutartigen Tumor handele. Die Hautveränderung führte sie auf eine Mückenstichinfektion zurück.

Etwa ein halbes Jahr später, im Dezember, suchte der Patient wegen eines Knotens in der rechten Leiste einen niedergelassenen Chirurgen auf, der den Knoten entfernte und pathologisch untersuchen ließ. Der Befund des Pathologen vom 21. Dezember lautete: „Metastase eines großzelligen, soliden, strukturierten, malignen Tumors im rechten inguinalen Lymphknoten mit perinodulärer Tumorausbreitung“. Der Ergänzungsbericht vom 27. Dezember enthielt die immunhistochemische Zusatzbeurteilung: „Bestätigung eines malignen Melanoms als Ausdruck inguinaler Metastase. Tumorstadium: pT 4 b, entsprechend Clark Level V, Tumordicke nach Breslow 4,1 mm“.

Der radiologische Untersuchungsbefund vom 9. Januar lautete: „Thorax-Abdomen-Becken-CT: Kein Anhalt für intrapulmonale oder hepatische Filiae, einzelne Lymphknoten rechts inguinal von circa 1 cm Größe, ansonsten kein Nachweis weiterer auffälliger Lymphknotenvergrößerungen. Kein Beweis für ossäre Filiae, kein Hinweis für intracranielle Filiae.“

Stationäre Behandlung

Der Chirurg überwies den Patienten schon am 28. Dezember in eine Fachklinik, bei der zunächst eine ambulante Vorstellung und da-

nach die stationäre Aufnahme zur Lymphknotendisektion erfolgten.

Den Behandlungsberichten der Klinik vom 6. Februar und 12. April ist als Diagnose zu entnehmen: „Metastasiertes malignes Melanom, Primärlokalisierung rechter Oberschenkel, Tumordicke 4,1 mm, Clark Level V, pT 4, N 1, M 0, Stadium 3.“

Als Therapie ist Folgendes angeführt:

1. Radikalexzision mit 2 cm Sicherheitsabstand rechter Oberschenkel
2. Leistendisektion rechts mit Lymphknotenmetastasen
3. Einleitung einer adjuvanten Immuntherapie mit 3 x wöchentlich 9 MIO alfa-Interferon.

Die histologische Aufarbeitung der Leistenlymphknotenausräumung und Nachexzision zeigte die lymphogene Metastasierung.

Der weitere Krankheitsverlauf

Nach dem letzten Bericht der Fachklinik vom 1. Juli des folgenden Jahres „weiterer Tumorprozess mit jetzt disseminierter Peritonealkarzinose und Aszitesbildung, Umstellung der Polychemotherapie“. Zusätzlich ergab sich der Verdacht auf Lebermetastasen. Der am 31. Juli eingetretene Tod des jetzt 64-jährigen Patienten war durch ärztliche Bemühungen nicht mehr abzuwenden.

Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission stellte als schwerwiegenden Behandlungsfehler der Hautärztin fest, dass sie entgegen den allgemein anerkannten – nationalen und internationa-

* 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. Professor Dr. med. Wilfried Fitting war von 1987 bis 1996 Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission.

len – Regeln das entnommene Gewebe nicht der histologischen Untersuchung zugeführt hat. Ihr Hinweis, sie sei von einem Histiocytozom als gutartigen Tumor ausgegangen, könne sie nicht entlasten. Gerade an Extremitäten seien Knotenbildungen, vor allem amelanotische, immer verdächtig. Es gelte deshalb in allen solchen Fällen der Grundsatz, dass jedes Exzidat pathologisch-anatomisch zu untersuchen sei. Der Verstoß gegen diese medizinische Regel, die zum Grundwissen einer Fachärztin für Dermatologie gehöre, stelle ein grobes Fehlverhalten dar, das aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheine.

Der Behandlungsfehler der Ärztin ist nach der gutachtlichen Beurteilung der Ausgangspunkt des tragischen Krankheitsverlaufs. Die unterlassene Untersuchung hätte schon im Juni zur Feststellung des besonders risikoreichen nodulären malignen Melanoms führen können. Eine alsdann einsetzende fachgerechte Behandlung mit den Schritten

- Exzision,
- Lymphknotendissektion mit Ausräumung der Leiste und anschließende
- Chemotherapie bzw. adjuvante Immuntherapie

hätte nach Auffassung der Kommission die Chance einer längeren Überlebenszeit – in Einzelfällen möglicherweise sogar einer Heilung – gewahrt.

Zur Behandlung in der Fachklinik stellte die Gutachterkommission ausdrücklich fest, dass sie in vollem Umfang den medizinischen Regeln und Leitlinien gerecht geworden sei. Dass der Tod des Patienten nicht mehr verhindert werden konnte, liege am aggressiven Grundcharakter des malignen Melanoms.

Die Kommission konnte nicht die Feststellung treffen, dass bei rechtzeitiger Diagnose der Tod des Patienten abwendbar gewesen wäre. Da nach ihrer Ansicht ein schwerwiegender (= grober) Behandlungsfehler vorliegt, kann hier nach der Rechtsprechung die Umkehr der Beweislast in Betracht

kommen. Es ist dann Sache des beschuldigten Arztes, den Nachweis zu führen, dass die Schadensfolge nicht auf ärztlichen Versäumnissen beruht, was in solchen Fällen kaum gelingen dürfte.

Der zweite Fall betrifft differenzialdiagnostische Versäumnisse.

Der Sachverhalt

Die 77 Jahre alte Patientin suchte am 14. Mai wegen einer Wundstelle an der rechten dritten Zehe den beschuldigten niedergelassenen Chirurgen auf. Der Arzt nahm eine Röntgenuntersuchung vor und beschrieb in seinen Krankenunterlagen eine dunkle Verfärbung und Ulzeration an der dritten Zehe rechts seitlich. Die Verfärbung führte er auf eine Minderdurchblutung zurück (primäre arterielle Verschlusskrankheit). An ein Melanom dachte er nicht.

Die Behandlung erfolgte mit Fibrolan-Salbe und Varihesive-Verbänden und ab dem 9. Juni mit Mercurochrom. Lokal nahm er zwischenzeitlich Nekroseabtragungen vor, die histologisch nicht untersucht wurden. Verbandwechsel erfolgten regelmäßig. Die Wunde wurde als reizlos, später als etwas feucht und ohne wesentlichen Druckschmerz beschrieben. Eine Besserung zeichnete sich auch nach zwei Monaten nicht ab. Die Behandlung durch den beschuldigten Arzt wurde vorerst am 15. Juli, zunächst wegen des Urlaubs des Arztes, danach aus in der Person der Patientin liegenden Gründen, unterbrochen. Sie suchte den Chirurgen erst am 11. November wieder auf. Der Arzt stellte eine zunehmende Nekrose fest und wies sie wegen der von ihm für notwendig gehaltenen Amputation in eine Chirurgische Klinik ein.

Stationäre Behandlung

Am 20. November erfolgte die Amputation der dritten Zehe rechts in Höhe des Grundgliedköpfchens. Gleichzeitig wurde die rechte Großzehe wegen eines Panaritium mit

Keilexzision des lateralen Anteils des Nagels operiert.

Die histologische Untersuchung ergab an der dritten Zehe ein oberflächlich ulzeriertes, streckenweise pigmentiertes malignes Melanom, welches das Subkutan-Fettgewebe circa 7 mm infiltriert hatte (Clark Level V, Invasionstiefe nach Breslow ca. 7 mm). Ferner sah man Geschwulstverbände in erweiterten Gewebs- und Lymphspalten, Perineuralscheiden und Venenlichtungen (Angiosis und Lymphangiosis blastomatosa). Im Resektionsrand war Krebsgewebe nicht enthalten.

Die Wunde heilte sekundär. Am 3. Dezember erfolgte die Verlegung in eine Hautklinik, in der die Weiterbehandlung erfolgte. Im April des folgenden Jahres wurde eine weitere Geschwulst am rechten Fuß entfernt. Im Mai wurden Metastasen in der Lunge festgestellt. Auch nach fachgerechter Behandlung und Betreuung konnte der Anfang August des nächsten Jahres eingetretene Tod der Patientin nicht abgewendet werden.

Gutachtliche Beurteilung

Bei der am 14. Mai vom beschuldigten Arzt festgestellten Gewebeveränderung handelte es sich nicht, wie der Arzt meinte, um eine Durchblutungsstörung, sondern um das später diagnostizierte akrale maligne Melanom an der dritten Zehe rechts, das bereits zum Gewebeerfall geführt hatte. Die Gutachterkommission vermisste, abgesehen von der Röntgenuntersuchung am 14. Mai, in der Folgezeit weitere abklärende differenzialdiagnostische Maßnahmen wie z. B. zum Ausschluss eines Diabetes mellitus, einer arteriellen Durchblutungsstörung, Fußpulskontrollen bzw. eine Angiographie.

Diese Diagnostik wurde umso dringlicher, weil auch nach wochenlanger Behandlung keine Heilungstendenz erkennbar war. Versäumt wurde insbesondere die notwendige feingewebliche Untersuchung des abgetragenen Gewebes. Während der zweimonatigen ergebnislosen Behandlung mit Salbenverbänden hätte differenzialdiagnostisch schon frühzeitig auch an das Vorliegen eines bösartigen Tumors gedacht werden

müssen. Dass insbesondere die histologische Untersuchung in der Zeit bis zum 15. Juli unterlassen wurde, ist nach der ständigen Praxis der Gutachterkommission als schwerwiegend fehlerhaft zu beurteilen. Die Folgezeit geht allerdings nicht zu Lasten des Arztes, weil er insoweit keine Behandlungsmöglichkeit hatte.

Die Gutachterkommission hat auch zu der Frage Stellung genommen, ob bei rechtzeitiger zutreffender Diagnose der Tod der Patientin abwendbar gewesen wäre. Sie hat eine solche Feststellung nicht treffen können. Nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen über das maligne Melanom, einer besonders bösartigen Geschwulst, kann der Primärtumor, trotz reichlicher Metastasenbildung, klein und unscheinbar bleiben, aber auch schon früh Metastasen bilden. Aus der Tiefe der Geschwulst von 7 mm könnte geschlossen werden, dass auch bei früherer Diagnose der Tod der Patientin nicht mehr abwendbar gewesen wäre. Die Gutachterkommission vertrat aber die Auffassung, dass die über viermonatige Therapieverzögerung zu gewissen gesundheitlichen Nachteilen geführt habe. Die Chance, dies zu vermeiden, sei der Patientin durch die Versäumnisse des Arztes genommen worden.

Ergänzend zum Thema

Die Gutachterkommission musste bislang in mindestens 24 (abgeschlossenen) Begutachtungsverfahren vorwerfbare Behandlungsfehler feststellen, die maligne Melanome betrafen. Beteiligt waren Dermatologen (12-mal), Chirurgen (6-mal), Pathologen (2-mal) sowie ein Orthopäde, Gynäkologe, Urologe und Allgemeinarzt. In 13 Fällen wurde die gebotene histologische Untersuchung entnommener Gewebeteile unterlassen, was die Kommission regelmäßig als schwerwiegenden Behandlungsfehler wertete. In den übrigen Fällen führten zumeist Diagnosemängel dazu, verdächtiges Gewebe nicht zu entnehmen und damit die notwendige Untersuchung zu versäumen.

ARZT-AUSKUNFT

Versicherungs-Anfragen und Schweigepflicht

von Rainer M. Holzborn*

Zum Alltagsgeschäft in Praxis und Klinik gehören Formular-Anfragen diverser Versicherungsträger. Diese sind meist schnell ausgefüllt, da häufig eine präzise Fragestellung eine kurze Beantwortung möglich macht. Auf die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht wird formularmäßig verwiesen, da der Patient beziehungsweise der Versicherungskunde darauf bei Antragstellung – die aber oft lange zurückliegt – global verzichtet habe.

Trotzdem ist darauf hinzuweisen, dass eine Beantwortung ohne Rückfrage beim Patienten durchaus problematisch sein kann (Ausnahme: Gesetzliche Pflichtversicherung). So musste sich der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein jüngst mit einem Vorfall beschäftigen, in dem eine Arzt-Auskunft an eine Versicherungs-Gesellschaft zur Benachteiligung des Patienten durch Aufkündigung des Versicherungs-Vertrages führte. Hier hatte der Patient eine Auskunft nicht autorisiert, die ihm zum Nachteil gereichte.

Der auskunftgebende Arzt sollte bei jeder Versicherungsanfrage immer von der Versicherungs-Gesellschaft eine auf den aktuellen Auskunftsfall bezogene schriftliche Extra-Entbindung von der Schweigepflicht verlangen. Nur so kann der Arzt sicherstellen, dass eine Auskunfts-Erteilung auch im Interesse des Patienten liegt. Schließlich kann es zum Beispiel vorkommen, dass sich dessen Gesundheitszustand entscheidend geändert hat, und die Versicherung aus einem für sie ungünstigen Vertrag aussteigen möchte.

Entsteht dem Patienten durch eine nicht autorisierte Auskunft Schaden, sind sowohl zivil- wie auch strafrechtliche Konsequenzen für den Arzt nicht ausgeschlossen. Bei dieser Gelegenheit kann bei der Versicherungs-Gesellschaft auch gleich eine Honorarvereinbarung nach der Gebührenordnung für Ärzte (gutachterliche Äußerung) einschließlich Schreibgebühr und Porto verlangt werden. Denn meist wird zunächst nur ein sehr bescheidenes Pauschalhonorar für eine „Auskunft“ angeboten, die für die Assekuranz jedoch von beträchtlichem wirtschaftlichen Wert sein kann.

Sollte sich das Versicherungsunternehmen dabei zieren, so kann man getrost die Anfrage in den Papierkorb werfen. Ist das Interesse der Assekuranz dagegen hoch, so wird es weder beim Honorar noch bei der Schweigepflicht-Entbindung Probleme geben.

Grundsätzlich kann sich der Arzt natürlich auch mit seinem Patienten direkt in Verbindung setzen, sollte sich dies aber dann auch schriftlich bestätigen lassen. Zu einem solchen Vorgehen ist jedoch nicht unbedingt zu raten, da der Aufwand dabei beim betreffenden Arzt hängen bleibt und auch nicht abgerechnet werden kann.

Weitere Auskünfte an Ärztinnen und Ärzte erteilt gerne der Justitiar der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Dirk Schulenburg (Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Telefax 0211/4302-1406, Telefon 0211/4302-1259).

* Dr. Rainer M. Holzborn arbeitet als niedergelassener Gynäkologe in Duisburg und ist Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein sowie Vorsitzender der Kammer-Kreisstelle Duisburg.