

# Diagnosemängel im HNO-Bereich

*Verspätete Erkennung eines Akustikusneurinoms – Folge 39 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“*

von *Herbert Weltrich †* und *Wilfried Fitting\**

Die Gutachterkommission hat sich wiederholt mit der unzureichenden Diagnostik zur Feststellung eines Akustikusneurinoms, einem Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel, beschäftigen müssen. Die auftretenden Symptome, Hörminderung mit Ohrgeräuschen, legen vielfach zunächst die Annahme eines sogenannten Hörsturzes nahe, der häufig vorkommt. Die unter den abschwellenden Maßnahmen einer Hörsturzbehandlung vorübergehende Besserung des Symptombildes darf die differenzialdiagnostisch gebotene weitere Abklärung durch eine Prüfung der Vestibularorgane und eine MRT-Untersuchung nicht vernachlässigen.

Allein schon eine Ableitung der akustisch evozierten Potentiale – kurz BERA genannt – kann das Vorliegen eines Akustikusneurinoms mit über 90-prozentiger Sicherheit erkennen lassen. Der Ausfall des Vestibularapparates wird oft von Patienten nicht empfunden, da er wegen des außerordentlich langsamen Wachstums des Tumors über viele Jahre schleichend eintritt und kompensiert wird und somit nicht das typische Symptombild (Gleichgewichtsstörung) wie bei einem akuten Ausfall hervorruft. In der Regel geht nämlich der Tumor vom vestibulären Anteil des VIII. Hirnnerven, des N. Stato-acusticus, und nicht vom Akustikusnerven aus. Letzterer ist zumeist nur sekundär

und darum auch viel später betroffen.

Der Zeitpunkt der Feststellung des Tumors kann von Bedeutung für seine operative Behandlung sein, da diese von der Größe der Geschwulst abhängt. Bei kleineren Tumoren besteht statt einer Hirnoperation mit dem suboccipitalen oder transtemporalen (durch das Schläfenbein) Zugangsweg die Möglichkeit eines Eingriffs durch das Ohr (transmastoidal). Alternativ bietet sich auch die Möglichkeit einer Strahlentherapie, die so genannte „Gamma knife“-Methode an, die in zunehmendem Maße Anwendung findet.

Beispielhaft werden zwei Sachverhalte dargestellt, in denen Diagnosemängel zur verspäteten Erkennung und Behandlung des Tumors führten.

## Erster Sachverhalt

Die 34-jährige Patientin suchte Ende Oktober die beschuldigte niedergelassene HNO-Ärztin auf und gab an, seit zwei Wochen eine linksseitige Hörminderung mit gelegentlichem Tinnitus festzustellen. Bei klinisch unauffälligem Befund ergab die audiometrische Untersuchung eine linksseitige Innenohrschwerhörigkeit. Das rechte Ohr hörte normal. Bei den Gleichgewichtsorganen fand sich kein Spontan- oder Provokationsnystagmus.

Die Ärztin ging von einem Hörsturz aus und verordnete Pentoxi-

phyllin. Da sich nach einer Woche keine Besserung einstellte, ließ die Ärztin vom 5. bis 21. November eine Infusionsbehandlung durchführen, die eine Besserung der linksseitigen Schwerhörigkeit zeigte, während die Ohrgeräusche blieben. Die Ärztin sah von weiteren diagnostischen Maßnahmen ab, was sie später selbst als fehlerhaft wertete. In der Folgezeit behandelte sie, ohne dass eine Besserung eintrat, mit dem Rheologikum Kollateral forte. Die letzte Verordnung erfolgte am 8. März.

Im Dezember suchte die Patientin einen niedergelassenen Neurologen auf, der eine MRT-Untersuchung (Schichtrontgen) veranlasste, die am 24. Januar durchgeführt wurde. Diese ergab ein linksseitiges Akutikusneurinom mit einem Durchmesser von 2,6 bis 2,9 cm, das intra- und extramentale lag.

## Operative Behandlung

Nach Einweisung in eine Neurochirurgische Klinik wurde das Neurinom am 22. Februar reseziert, wobei der lateral suboccipitale Zugangsweg gewählt wurde. Der Nervus vestibulo-cochlearis und der Nervus facialis konnten vollständig erhalten werden.

Der nachbehandelnde HNO-Arzt berichtete der Gutachterkommission, dass eine am 7. November durchgeführte audiometrische Untersuchung eine Schallempfindungsschwerhörigkeit links mit ei-

\* Herbert Weltrich, verstorben am 14. Juli 2006, Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D., 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.

nem Hörverlust von 60 dB ergeben habe. Bei der Vestibularisprüfung sei ein Ausfall des linken peripheren Vestibularsystems festgestellt worden.

#### **Gutachtliche Beurteilung**

Die Gutachterkommission beanstandete nicht, dass die beschuldigte Ärztin die aufgetretene linksseitige Schwerhörigkeit mit gleichzeitigem Tinnitus zunächst als Hörsturz auffasste. Eine solche vorläufige Diagnose war bei dieser Symptomatik naheliegend, zumal unter der veranlassten Infusionstherapie Zeichen einer Besserung des Gehörs erkennbar waren.

Gleichwohl hätten die bleibenden Symptome differenzialdiagnostische Überlegungen auslösen müssen. Eine Prüfung der Vestibularorgane, die Ableitung der akustisch evozierten Potentiale, die Hirnstammaudiometrie und eine MRT-Untersuchung wären sachgerecht gewesen. Bei diesem standardmäßigen diagnostischen Vorgehen hätte der Tumor etwa 13 Monate früher erkannt und operativ behandelt werden können.

Angesichts des sehr langsamen Wachstums des Tumors ist eine solche zeitliche Verzögerung erfahrungsgemäß nicht von erheblichem Nachteil. Der bei der späteren Operation gewählte Zugang wäre auch bei einem halb so großen Neurinom gewählt worden. Ein schonender und weniger belastender Eingriff durch das Ohr hat den Nachteil, dass er zwangsläufig die Ausschaltung des Hör- und Gleichgewichtsnerven zur Folge hat.

Die operative Behandlung in der Neurochirurgischen Klinik hatte einen so günstigen Verlauf, dass die Kontinuität der Hör-, Gleichgewichts- und Gesichtsnerven trotz der Größe des vollständig entfernten Tumors erhalten werden konnte.

Inwieweit die Funktion der Nerven wiederkehrt, hängt allerdings von anderen Faktoren (Durchblutungsstörungen, Narbenbildungen

usw.) ab. Die letzte Hörprüfung ergab, dass auf dem linken Ohr noch eine mittel- bis hochgradige Schwerhörigkeit besteht, was für den Funktionserhalt des Nerven spricht. Der Ausfall des Gleichgewichtsnerven wird im weiteren Verlauf in der Regel kompensiert und macht sich dann kaum störend bemerkbar.

Zusammenfassend stellte die Kommission fest, dass die diagnostische Abklärung entgegen dem medizinischen Standard versäumt und damit das Akustikusneurinom verspätet erkannt wurde. Dieser Behandlungsfehler hat sich allerdings nicht entscheidend auf das glücklicherweise günstige Behandlungsergebnis ausgewirkt, sodass ein wesentlicher Gesundheitsschaden durch die vorwerfbar verspätete Diagnose nicht entstanden ist.

Bei dem weiteren dargestellten Fall handelt es sich um Diagnosemängel eines Radiologen.

#### **Zweiter Sachverhalt**

Die Patientin litt schon seit drei Jahren an einer leichten Mundastschwäche links und an einer Hörminderung auf dem linken Ohr, verbunden mit linksseitigen Ohrgeräuschen. Der mit der CT-Untersuchung beauftragte beschuldigte niedergelassene Radiologe konnte in dem von ihm angefertigten Computertomogramm keine tumoröse Veränderung oder vaskuläre Läsion feststellen.

Knapp sieben Jahre später begab sich die 43-jährige Patientin wegen einer zunehmenden Sehverschlechterung auf dem linken Auge in die Behandlung eines Augenarztes, der eine beidseitige Stauungspapille feststellte. Bei der von ihm veranlassten weiteren bildgebenden Diagnostik wurde ein großer linksseitiger Kleinhirnbrückenwinkeltumor erkannt.

#### **Operative Behandlung**

In der Neurochirurgischen Klinik ergab die Aufnahmeuntersu-

chung eine bitemporale Hemianopsie (Halbseitenblindheit) und eine Anakusis (Taubheit). Wegen deutlicher Zeichen eines beginnenden Verschlusshydrocephalus erfolgte zunächst eine externe Ventrikel-drainage rechts frontal. Anschließend wurde über eine suboccipitale Kraniotomie das linksseitige Akustikusneurinom operiert.

Eine vollständige Entfernung war nicht möglich, sodass geringe Tumor- und Kapselanteile belassen blieben. Die Ventrikel-drainage musste fortgeführt werden, weil nach ihrer Entfernung Übelkeit, Kopfschmerzen und Erbrechen auftraten. Schließlich musste ein VP-Shunt rechts-frontal angelegt werden. Postoperativ kam es zu einer Abnahme der Ventrikelwerte; zurück blieben der Ausfall des VII. und VIII. Hirnnerven und ein linksseitiger Verlust der Hör- und Gleichgewichtsorgane.

Die histologische Untersuchung des entfernten Tumorgewebes ergab ein fibrilläres Neurinom. Röntgenologisch zeigte sich zuletzt eine unauffällige dichte Verteilung in allen Abschnitten des Gehirns bei normal weiten äußeren und inneren Liquorräumen und einem mittelständigen Ventrikelseptum.

#### **Gutachtliche Beurteilung**

Die Gutachterkommission wertete die Diagnose des beschuldigten Radiologen, auf den CT-Aufnahmen seien weder ein Tumor noch vaskuläre Veränderungen erkennbar, als mangelhaft. Auf der Grundlage einer überzeugenden Begutachtung durch das fachsachverständige radiologische Mitglied der Gutachterkommission konnten folgende Feststellungen getroffen werden:

Auf einem der Bilder angedeutet und deutlich abgrenzbar auf einem anderen Bild ist links medial der Pyramidenspitze und im Bereich der inneren Gehörgangsöffnung ein länglich ovaler, glatt begrenzbarer, knapp 1 cm großer Bezirk sichtbar, der sich wegen seiner etwas erhöh-

ten Gewebedichte im Vergleich zur Umgebung gut erkennbar abhebt; rechts fehlt ein entsprechender Befund.

Aufgrund der klinischen Symptome einer linksseitigen Hörminderung mit Ohrgeräuschen war der durch die radiologische Untersuchung zu klärende Verdacht auf einen Kleinhirnbrückenwinkeltumor gegeben. Das Ergebnis der CT-Untersuchung musste zumindest Anlass zu einer weiteren Abklärung durch eine zweite Aufnahmeserie nach intravenöser Kontrastmitteldarstellung sein. Noch besser wäre die Durchführung einer Kernspintomographie gewesen.

Der Diagnosefehler hat eine ganz wesentlich frühere Operation mit weit geringeren Risiken und Folgen für die Patientin verhindert.

Ein seinerzeit rechtzeitiger Eingriff hätte unter wesentlich leichteren Bedingungen durchgeführt werden können. Einen weiteren Hörverlust, möglicherweise bis zur Ertaubung, hätte man zwar wegen der bestehenden Innenohr- bzw. Hörnervenschwerhörigkeit auch bei frühzeitiger Operation nicht mit Sicherheit vermeiden können. Gleiches gilt für die Schädigung des Facialisnerven.

Nach der Überzeugung der Kommission wären die weiteren Verluste jedoch bei rechtzeitigem Vorgehen mit deutlich geringerer Wahrscheinlichkeit eingetreten; ein Shunt wäre mit Sicherheit nicht notwendig gewesen. Insoweit hat der vorwerfbare Behandlungsfehler zu einem Gesundheitsschaden geführt.

#### Anmerkung

Die Gutachterkommission hat sich, soweit feststellbar, bislang in 17 Fällen mit Behandlungsmängeln der dargestellten Art beschäftigen müssen. Die gutachtliche Beurteilung führte in acht Fällen zu der Feststellung von vorwerfbaren Behandlungsfehlern.

#### Ärztliche Körperschaften im Internet

[www.aekno.de](http://www.aekno.de)

Ärztetkammer Nordrhein

[www.kvno.de](http://www.kvno.de)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

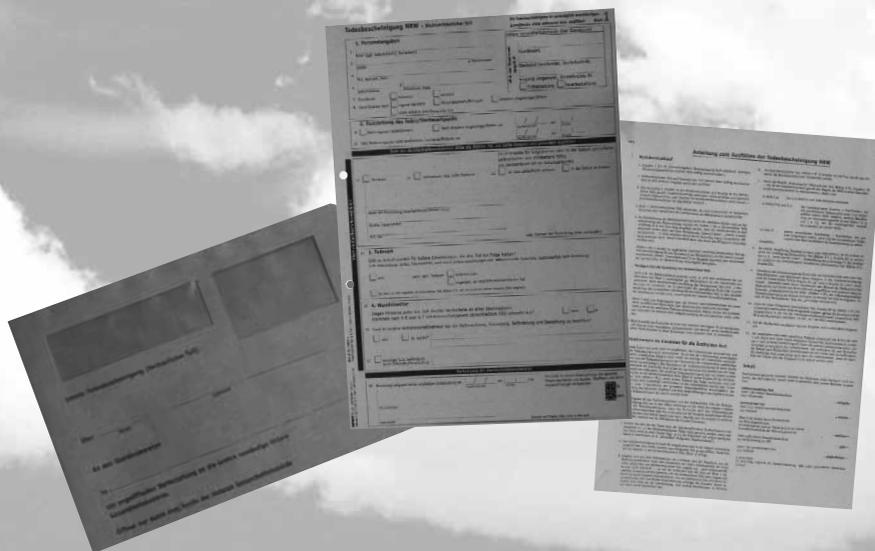
[www.arzt.de](http://www.arzt.de)

Deutsches Ärztenetz

# TODESBESCHEINIGUNGEN

in der Fassung vom 1. April 2004 Vereinfachte Form bestehend aus:

- DIN A4 5-fach Satz
- Vertraulicher Teil
- Nichtvertraulicher Teil
- ausführliche Ausfüllanleitung
- Sammelumschlag
- C4 Versandumschlag in grün (für nichtvertraulichen Teil)
- C5 Umschlag in rot mit Fenster und Ausfüllausstanzung für Vertraulichen Teil



Aktuelle Fassung

... zu beziehen über

Am Eggenkamp 37-39 · 48268 Greven · Telefon (0 25 71) 93 76-0  
Telefax (0 25 71) 93 76-50 · SDN (0 25 71) 93 76-45  
[www.wwf-medien.de](http://www.wwf-medien.de) · E-mail [druck@wwf-medien.de](mailto:druck@wwf-medien.de)

**WWF**  
DRUCK + MEDIEN GMBH