

Thema: Fallstricke und Besonderheiten bei Diagnostik und Therapie aufzeigen, mögliche Fehlerquellen im Arbeitsalltag bewusst machen: Das ist das Credo der Fortbildungsreihe „Aus Fehlern lernen“ des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Mitte Februar luden beide Einrichtungen zum 50. Mal zu „Aus Fehlern lernen“ in das Haus der Ärzteschaft nach Düsseldorf ein.

von Martina Levartz

Qualität und Sicherheit bei der Diagnostik des Mamma-Karzinoms



Nordrhein ist bei der Fortbildung in Sachen Behandlungsfehlerprophylaxe führend.“ Auf diesen Nenner brachte Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, bei der 50. Folge der Veranstaltungsreihe „Aus Fehlern lernen“ die in den vergangenen Jahren erzielten Fortschritte in der Vermeidung von Diagnosefehlern bei Brustkrebs im Rheinland. Veranstalter der über Nordrhein hinaus bekannten Reihe sind das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) und die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Mit „Aus Fehlern lernen“ werde für Ärztinnen und Ärzte ein breites Spektrum an Themen aufbereitet, lobte Zimmer die angebotenen Veranstaltungen. Ziel sei, Fallstricke und Besonderheiten bei der Diagnostik und Therapie anhand von Kasuistiken aufzuzeigen und mögliche Fehlerquellen im Arbeitsalltag bewusst zu machen,



Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein: „Nordrhein ist bei der Fortbildung in Sachen Behandlungsfehlerprophylaxe führend.“
Foto: Erdmenger/ÄkNo

sagte Zimmer. Praxisnähe, ein hoher Qualitätsanspruch und die Pharmaunabhängigkeit seien Markenzeichen der Veranstaltung. „Das, was in den letzten Jahren in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt ist, nämlich die Sicherheit der Behandlung ständig zu verbessern, ist unter anderem dank dieser etablierten und bewährten Fortbildung des IQN und der Gutachterkommission schon seit 16 Jahren thematisiert worden“, so Zimmer zur Begrüßung auf der Veranstaltung Mitte Februar im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf.

Streitschlichtung seit 1976

Seit 1976 schlichtet die Gutachterkommission Arzthaftpflichtstreitigkeiten. Ergebnis ist ein über dreieinhalb Jahrzehnte gewachsenes Wissen über unterschiedlichste Behandlungsfehler und deren Quellen – und eine ausgeklügelte Datenbank. Aus Anlass ihres 35-jährigen Jubiläums hat die Gutachterkommission kürzlich ein Kurzportrait herausgegeben, in der sie die Ergebnisse ihrer Tätigkeit in den vergangenen fünf Jahren anschaulich zusammenfasst (*siehe auch Kasten Seite 15*). So nehmen Kommissionsverfahren, die Diagnosen und Behandlung des Mamma-Karzinoms zum Inhalt haben, den vierten Platz ein (*siehe Grafik Seite 15*).

Dr. Heinz Dieter Laum, Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und Vorsitzender der Gutachterkommission, sieht in der Arbeit seiner Kollegen und der Datenbank einen besonderen „Schatz“ für Auswertungen zur Behandlungsfehlerprophylaxe. Schon die erste Veranstaltung der Fortbildungsreihe „Aus Fehlern lernen“ habe sich mit der Diagnostik des Mamma-Karzinoms befasst, erinnerte Laum an die Anfänge im Dezember 1994. Damals lag die festgestellte Fehleranerkennungsquote bei der Erstdiagnostik des Mamma-Karzinoms bei über 85 Prozent. Heute hat sie sich der durchschnittlichen Anerkennungsquote aller Fachgebiete weitgehend angenähert (*siehe auch Rheinisches Ärzteblatt 2/2011, Seite 22*). Die Veranstaltung sei eine Gelegenheit, Fehlerquellen zu diskutieren, um Fehler vermeiden zu können.

Nach den Worten von Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, haben sich die diagnostischen Möglichkeiten zur Feststellung eines Mamma-Karzinoms in den vergangenen Jahren durch Sonographie und



Dr. jur. H. Dieter Laum,
Vorsitzender der Gutachterkommission: Die Fehlerquote bei der Diagnose des Mamma-Karzinoms ist in den vergangenen Jahren deutlich gesunken.
Foto: Erdmenger/ÄkNo

MRT deutlich verbessert. Gemessen an den erfolgten Behandlungen sei die Fehlerrate insgesamt niedrig.

Typische Fehlerquellen

Professor Dr. Friedrich Wolff, Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler und Chefarzt der Gynäkologischen Abteilung, Krankenhaus Köln-Holweide, stellte anhand der Daten der Gutachterkommission typische Fehlerquellen vor. Diese ließen sich in folgende Bereiche einteilen:

- *Falsche, verkannte oder verzögerte Diagnostik (dies sind die häufigsten Behandlungsfehlervorwürfe),*
- *Fehler bei der Operationsplanung und Durchführung,*
- *Fehler bei der Chemotherapie bei Indikation und Anwendung (z.B. Paravasate),*
- *Fehler bei der Nachsorge und*
- *Fehler bei der Strahlentherapie.*

Anhand der Kasuistiken hob Wolff hervor, dass bei jedem auffälligen Befund Ärztinnen und Ärzte dafür verantwortlich sind, dass eine konsequente Diagnostik zur Abklärung durchgeführt wird. Bei der Befundabklärung sei es wichtig, nötigenfalls zusätzliche Methoden zu veranlassen und dies auch zu dokumentieren. Bei unklaren Befunden sei eine kurzfristige Wiedervorstellung notwendig.

Verbesserung des diagnostischen Vorgehens durch:

- Verbesserung der Kommunikation zwischen überweisendem/behandelndem Arzt ↔ Patientin ↔ Radiologe
- Sicherungsaufklärung an Patientin über weiteres Vorgehen
- Konsequente, unabhängige Doppelbefundung
- Eventuell wechselseitige Nachkontrolle des Befundes
- „Großzügige“ sonographische Untersuchung bei nicht eindeutigem Mammographie-Befund
- Konsequente Korrelation Tastbefund ↔ Bildbefund ↔ Biopsiebefund
- Einbeziehung des MRT in die OP-Planung

Bei Diskrepanzen zwischen Befunden, insbesondere aus apparativer Diagnostik (z.B. Mammographie- und Sonographie-Befund) müsse eine histologische Klärung angestrebt werden, so Wolff. Insgesamt nehme der Stellenwert des MRT in der Diagnostik zu. Die umfassende Aufklärung der Patientin sowohl für die Teilnahme am Screening als auch bei Diagnostik und Therapie sei unerlässlich und müsse entsprechend dokumentiert werden.

Stellenwert der radiologischen Diagnostik

Privatdozent Dr. Alexander Stork, Facharzt für Diagnostische Radiologie und Befunder im Rahmen des Mammographie-Screenings, Röntgeninstitut Düsseldorf, äußerte sich zum Stellenwert der radiologischen Diagnostik in der kurativen Mammadiagnostik und im Screening.

Er betonte die Bedeutung der Kommunikation zwischen Radiologen und Patientinnen sowie die wechselseitige Kommunikation zwischen Radiologen und Gynäkologen. Insbesondere sei die exakte Kenntnis eines auswärtig erhobenen Befundes für den Radiologen bei der Beurteilung der Mammographien essentiell.

Wichtig sei die Korrelation von Anamnese, Tast- und Bildbefund sowie der Befunde zwischen verschiedenen Bildgebungen, insbesondere zwischen Mammographie, Ultraschall und MRT gerade bei dichten Brüsten. Es sei Aufgabe des Radiologen, Anamnese, Klinik und Bildgebung zusammenzuführen und zu werten, sowie nötigenfalls weitere Abklärungen zu empfehlen beziehungsweise einzuleiten, so Stork. Nach biopischer Abklärung müsse eine gewissenhafte Korrelation von Histologie und radiologischem Befund stattfinden, um bei Befunddiskrepanz eine Nachbiopsie oder Probeexzision herbeizuführen. In der anschließenden Diskussion wurde der Stellenwert der Mamma-MRT betont, so sei die Mamma-MRT in der präoperativen Ausbreitungsdiagnostik unverzichtbar.

Qualitätssteigernd wirken sich gegenseitige, standardisierte Kontrollmechanismen aus, so Stork. Besonders hob er die unabhängige und geblindete Doppelbefundung mit folgender Konsensuskonferenz hervor, die im Screening Standard ist. Ein analoger Mechanismus der Doppelbefundung mit Konsensuskonferenz sei auch für den kurativen Bereich zu fordern, um hier dieselbe Ergebnisqualität zu erzielen.

Stork betonte den bevölkerungsbezogenen und stark qualitätskontrollierten Charakter des Mammographie-Screenings. Seit Einführung des Screenings seien mehr und kleinere Karzinome gefunden worden als vorher. Im Zusammenhang mit der zentralen Thematik der Qualitätssicherung wurde ausgeführt, dass die Fehlertransparenz im Screening obligat ist und die Qualitätskontrolle ermöglicht. Dass Fehler passieren sei menschlich und systemimmanent, so Stork. Dies müsse bei der retrospektiven Begutachtung von Fehlvorwürfen beachtet werden.

Mammographie als Screening-Methode

Professor Dr. Christiane Kuhl, Direktorin der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Uni-Klinikum Aachen sagte, es sei sehr schwierig, retrospektiv festzustellen, ob ein bestimmter Mammographie-Befund hätte erkannt werden müssen oder nicht. „Ein Grund für die häufigen Schadensersatzklagen liegt darin, dass eine Mammographie ein unveränderliches Dokument ist – das sehr viel einfacher als ein OP-Bericht oder eine Sonographie durch Dritte kontrolliert werden kann. Es ist immer einfach, post hoc ein Karzinom als solches auf den Aufnahmen zu erkennen oder auch nur hineinzudeuten.“ Kuhl ging außerdem auf den Stellenwert der Mammographie als Screening-Methode ein. Hier sei eine vollständige Aufklärung der Teilnehmerin über die Leistungsfähigkeit der Mammographie zur Früherkennung wichtig.

Die Mammographie ist insbesondere bei Frauen, deren Drüsengewebe sich noch nicht komplett zurückentwickelt hat, nur eingeschränkt zur Früherkennung überhaupt geeignet. „Die Empfindlichkeit im Nachweis von Brustkrebs liegt bei diesen Frauen bei unter 50 Prozent“, so Kuhl. Dies müsse den teilnehmenden Frauen auch mitgeteilt werden, die ja von der Mammographie eine „sichere Früherkennung“ erwarten. „Wir müssen die Frauen über die Möglichkeiten und Grenzen der mammographischen Früherkennung fair und aufrichtig aufklären. Nur dann werden sich langfristig grobe Enttäuschungen und eine Klagewelle wegen im Screening nicht diagnostizierter Mamma-Karzinome vermeiden lassen.“ Es ist bekannt, dass nur etwa die Hälfte bis zwei Drittel der Mamma-Karzinome durch das Mammographie-Screening entdeckt werden. „Das müssen wir den Frauen auch mitteilen, um speziell denen, bei denen die Mammographie vorhersehbar zu schlechten Ergebnissen führt, also den Frauen mit noch dichtem Drüsengewebe, zumindest die Möglichkeit zu eröffnen, weiterführende Diagnosemaßnahmen wie die Sonographie zu ergreifen.“

Histologische Beurteilung von Präparaten

Privatdozent Dr. Georg Arnold, Facharzt für Pathologie aus Essen, stellte die Möglichkeiten der histologischen Beurteilung der Präparate sowie die Grenzen des Verfahrens dar. Beurteilt werden die Präparate nach:

- Tumortyp (benigne, maligne)
- Differenzierung des Tumors/Malignitätsgrad
- Tumor-Ausdehnung
- Randstatus
- Lymphknotenbefall
- Gefäßinvasion
- Prognosefaktoren: Hormonrezeptoren, Proliferationsrate

Wichtig sei, dass immer alle Präparate vollständig untersucht werden. Da gut zwei Drittel der invasiven

Karzinome eine intraduktale Karzinomkomponente aufweisen, seien alle diagnostischen Exzisate nach einem Standardprotokoll zu untersuchen, das sich am segmentalen Aufbau des Drüsengewebes orientiert.

Natürlich sei es im Interesse der Patientin, möglichst schnell einen histologischen Befund zu erhalten, aber bei Fixationszeiten von weniger als sechs Stunden komme es in der Immunhistochemie der Hormonrezeptoren und von Her-2/neu-Status zu falschen niedrigen Resultaten. Ein zu schnelles histologisches Ergebnis gehe hier also auf Kosten der Qualität des Ergebnisses, so Arnold.

Besondere Schwierigkeiten bei der histologischen Diagnostik bestehe bei duktalem Karzinomen (DCIS), die in 70 Prozent multifokal sind; hier könne man sich in falscher Sicherheit wiegen, weil nicht alle Herde erfasst würden. Wichtig seien die Rückschlüsse aus der Histologie und Tumorbiologie auf die Operationsplanung. So sei die Beurteilung des Randstatus gerade beim Mamma-Karzinom oft nicht einfach. Durch ein strahlenförmig unscharfes Auslaufen des Tumors, Satellitenherde und ein DCIS ergeben sich histologisch geringere tumorfreie Distanzen zu den Schnittträgern als dies makroskopisch erkennbar war. Aufgrund dieser Faktoren kann trotz durchgeführter MRT-Untersuchung der Tumor in seiner Gesamtausdehnung unterschätzt werden.

Präoperative Aufklärung notwendig

Mit Blick auf die Beurteilung der Randzonen wies Arnold darauf hin, dass eine entsprechende präoperative Aufklärung der Patientinnen notwendig ist. Nach Erstellung der Histologie sei eventuell ein zweiter Eingriff wegen nicht ausreichendem Randabstand notwendig. Dies müsse der Patientin als normales Vorgehen in der präoperativen Aufklärung dargelegt werden, damit eine weitere Operation nicht als erneute bedrohliche Situation oder als möglicher Behandlungsfehler von der Patientin angesehen werde.

Dr. Thomas Bärtling, Landesvorsitzender des Berufsverbands der Frauenärzte, Aachen, betonte, wie wichtig es sei, alle Schritte der Anamneseerhebung, Diagnostik und erfolgten Untersuchungen möglichst genau zu dokumentieren. Eine umfassende Aufklärung der Patienten sei genauso zwingend erforderlich wie die Dokumentation dieses Gesprächs und die Dokumentation einer vereinbarten Einbestellung zur Kontroll-Untersuchung. Er betonte die Wichtigkeit der Mamma-Selbstuntersuchung. Hier gebe es Aufklärungsmaterial, das man der Patientin mitgeben könne.

Dr. med. Martina Levartz, MPH, ist Geschäftsführerin des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN).

Internethinweis

www.iqn.de
www.aekno.de/Gutachterkommission



Die soeben in 4.,
erweiteter und ak-
tualisierter Auflage
2011 erschienene
Broschüre „Gutacht-
liche Entscheidungen –
Aus der Arbeit der
Gutachterkommission
für ärztliche
Behandlungsfehler
bei der Ärztekammer
Nordrhein“ kann
telefonisch unter
02 11/43 02-20 11
oder per E-Mail:
rheinisches-aerzte-
blatt@aeckno.de
kostenlos bestellt
werden.

35 Jahre Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler Nordrhein

von Beate Weber

Seit Dezember 1975 hat die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein knapp 40.000 Begutachtungsanträge bearbeitet. 29.283 Mal erfolgte eine ärztlich-juristische Begutachtung von Krankheitsverläufen. Bestätigt wurden die erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe bei knapp einem Drittel der Anträge. Anlässlich ihres 35-jährigen Bestehens hat die Gutachterkommission ein Kurzportrait erstellt, das über die wichtigsten statistischen Daten der Verfahrensinhalte der vergangenen fünf Begutachtungsjahre Auskunft gibt. Knapp ein Viertel der seit Dezember 1975 anhängigen Gesamtbegutachtungen entfiel auf die Jahre 2006 bis 2010.

Von 7.047 geführten Verfahren betrafen 56 Prozent Patientinnen. Die Anerkennungsquote der Vorwürfe lag bei diesen mit 31 Prozent leicht über der Anerkennungsquote bei männlichen Patienten (29 Prozent). Überdurchschnittlich hohe Behandlungsfehlerquoten wurden nur bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 25 Jahre ermittelt. Hier waren es insbesondere die Erkennung und Behandlung eines akuten Abdomens sowie einer Hodentorsion und die Frakturbehandlung, die deutlich häufiger zur Feststellung von Behandlungsfehlern führten.

Mamma-Karzinom auf Platz vier

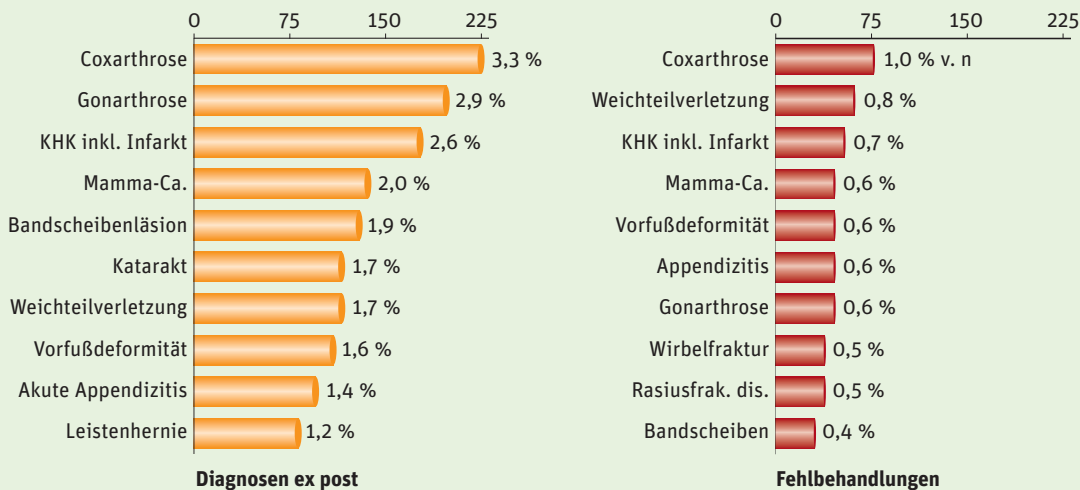
Die Frakturbehandlung (6,1 Prozent), die Medikamentengabe (4,8 Prozent) und die Ersterkennung einer Tumorerkrankung (4,7 Prozent) waren die häufigsten Hauptvorwürfe. Aufgrund der steigenden Zahl von Vorwürfen bei der Endoprothetik und der hohen Zahl gerügter Arthroskopien sind Kniegelenkoperationen mit 4,5 Prozent nunmehr bereits an 4. Stelle der Hauptvorwürfe – noch vor den Hüftgelenkoperationen (3,7 Prozent) – zu finden. Bei Augenoperationen führten fast ausschließlich Linsenoperationen bei einer Katarakt zur Antragstellung, wobei hier nur ein knappes Fünftel der Fehlervorwürfe bestätigt wurde. Deutlich höher lag die Anerkennungsquote demgegenüber bei der Primärdiagnostik einer bösartigen Tumorerkrankung (48,8 Prozent) sowie bei der Frakturerkennung (49,3 Prozent) und -behandlung (40,3 Prozent).

Die meisten Verfahren betrafen die Hauptdiagnose einer Coxarthrose (3,3 Prozent) und einer Gonarthrose (2,9 Prozent). Beim Mamma-Karzinom (2,0 Prozent) war in den vergangenen Jahren eine leicht rückläufige Tendenz erkennbar; es zählt jedoch weiterhin zu den am häufigsten zu überprüfenden Tumorerkrankungen. Der Rückgang der Behandlungsfehlerquote auf derzeit 35,7 Prozent betraf vor allem die Behandlung, weniger die Erstdiagnostik. Unter den zehn am häufigsten fehlbehandelten Erkrankungen finden sich auch Weichteilverletzungen, wobei hier hauptsächlich die Erkennung und Behandlung von Begleitverletzungen nach Schnittverletzungen der Hand von den Patienten problematisiert werden.

Ein Drittel der abgeschlossenen Verfahren richtete sich gegen niedergelassene Ärzte. Die Behandlungsfehlerquote war hier in den vergangenen Jahren erfreulicherweise deutlich rückläufig und liegt nunmehr bei 32,2 Prozent. Bei den Klinikärzten bestätigen sich nur etwas mehr als ein Viertel der Vorwürfe. Hier richten sich die Verfahren am häufigsten gegen Allgemein- und Unfallchirurgen sowie Orthopäden. Der Anteil der gegen Gynäkologen und Geburtshelfer geführten Verfahren ist derzeit rückläufig. Bei den Praxisärzten sind es nach den Orthopäden vor allem Allgemeinmediziner, die von einem Antrag betroffen sind; auch hier wurden in den vergangenen Jahren weniger Fehler festgestellt als in früheren Jahren berichtet (Quote 31,8 Prozent). Erhöhte Behandlungsfehlerquoten sind derzeit nur bei den seltener von einem Antrag betroffenen Fachgebieten festzustellen: Beispielsweise kommt bei niedergelassenen Radiologen (Quote 47,6 Prozent) der Verknennung einer Tumorerkrankung, allen voran des Mamma-Karzinoms, noch eine entscheidende Rolle zu. Im Klinikbereich konnte eine – leicht – erhöhte Anerkennungsquote nur bei den Unfallchirurgen (37,1 Prozent) festgestellt werden.

Dr. med. Beate Weber ist in der Geschäftsstelle der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein tätig.

TOP 10 Diagnosen & Fehlbehandlungen – Verfahren 2006–2010



Betroffene Patienten(n) = 7.047



Das Kurzportrait der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein kann telefonisch unter 02 11 / 43 02-20 11 oder per E-Mail: rheinisches-aerzteblatt@aekno.de bestellt werden.