

Fehlerhafte Primärdiagnostik beim Mammakarzinom

Die gegenüber der Gutachterkommission erhobenen Vorwürfe von Patientinnen zum Mammakarzinom haben in den vergangenen Jahren abgenommen. Zwar bestätigten sich in der Primärdiagnostik knapp zwei Drittel der Vorwürfe; allerdings wurde insgesamt bei weniger Patientinnen ein Mammakarzinom verkannt.

von Hans Georg Bender,
Ulrich Mödder und Beate Weber

Im Mai 2000 gründeten der verstorbene ehemalige Vorsitzende und Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D., Herbert Weltrich, und das ebenfalls bereits verstorbene ehemalige Stellvertretende Geschäftsführende Kommissionsmitglied der Gutachterkommission, Dr. med. Herwarth Lent, diese Reihe im *Rheinischen Ärzteblatt* zu Darstellungen von Kasuistiken und zu Ergebnissen von Evaluationen, deren 100. Folge sich mit Diagnosevorwürfen beim Mammakarzinom beschäftigt.

Dieses Thema bildete aufgrund überproportional hoher Bestätigungsquoten der Vorwürfe von Patientinnen mit Mammakarzinom am 10. Dezember 1994 in Bonn den Auftakt zu den mit dem Ziel der Behandlungsfehlerprophylaxe mit dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen

Nordrhein (IQN) bislang bereits 72-mal durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen der Gutachterkommission.

Zuletzt hatte sich die 50. IQN-Veranstaltung mit Fehlern beim Mammakarzinom beschäftigt (siehe *Rheinisches Ärzteblatt* 2/2011). Seither wurden 158 Verfahren zum Mammakarzinom unter Feststellung von 68 Behandlungsfehlern abgeschlossen (Tabelle 1). Die Behandlungsfehlerquote stieg wieder von zuletzt durchschnittlich 37,3 auf 44,3 Prozent an und lag damit deutlich über dem allgemeinen Fehler-Durchschnitt von derzeit 29,8 Prozent.

Der folgende Beitrag wird sich auch mit der Frage auseinandersetzen, ob und inwieweit sich das am 28. Juni 2002 vom Deutschen Bundestag beschlossene, im Jahr 2005 gestartete und 2009 flächendeckend umgesetzte Mamma-Screening-Programm zur Brustkrebsfrüherkennung für Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren auf die Begutachtungen in Nordrhein ausgewirkt hat.

Rückläufige Fallzahlen zum Mammakarzinom

Trotz stetig steigender Inanspruchnahme und Zunahme der medizinischen Begutachtungen der Gutachterkommission Nordrhein sind in den letzten Jahren zum Mammakarzinom weniger Verfahren anhängig und abgeschlossen worden: Im

Durchschnitt der letzten sechs Jahre waren es 26 Verfahren pro Jahr gegenüber 33 beziehungsweise 31 Verfahren pro Jahr in den 5-Jahreszeiträumen zuvor.

Dabei stieg in der Primärdiagnostik die Fehlerquote zwar von zuletzt durchschnittlich 50 Prozent wieder auf 61,8 Prozent an. Diagnostikfehler wurden aber in den Jahren 2010 bis 2015 von der Gutachterkommission im Durchschnitt nur noch bei sieben Patientinnen pro Begutachtungsjahr gegenüber acht beziehungsweise zwölf Patientinnen in den früheren 5-Jahreszeiträumen festgestellt.

Auch bei anderen Krebserkrankungen ist die Bestätigungsquote in den nordrheinischen Begutachtungen immer schon überproportional hoch und liegt derzeit im Bereich der Diagnostik bei 53 Prozent, was daran liegen mag, dass die Patientinnen und Patienten unter der sie betreffenden malignen Diagnose besonders leiden und bereits wissen, dass eine zeitliche Latenz zwischen den Beschwerden, der Diagnostik und der Krebsdiagnose („fatale Pause“) aufgetreten ist.

Mammakarzinom sechshäufigste Diagnose ex post

Die Diagnose eines Mammakarzinoms führt bei den nordrheinischen Behandlungsfehlerbegutachtungen mit einem Anteil von 1,7 Prozent (zuvor 2,3 bzw. 2,6 %) derzeit als sechsthäufigste Haupterkrankung ex post die Liste der Gesamtzahl der häufigsten Erkrankungen an. Am häufigsten sind eine Gonarthrose (3,0 %), Koxarthrose (2,8 %), Koronare Herzerkrankungen inklusive Herzinfarkte (2,4 %), Weichteilverletzungen

Tabelle 1: Anzahl der Vorwürfe zum Mammakarzinom in den abgeschlossenen nordrheinischen Begutachtungen der Jahre 2000 bis 2015

Zeitraum 1.1.2000 – 31.12. 2015 (N insgesamt = 22.339)	2010 – 2015 (6 Jahre)		2005 – 2009 (5 Jahre)		2000 – 2004 (5 Jahre)	
	n (Anteil v. n)	BF pos./ BF-Quote	n (Anteil v. n)	BF pos./ BF-Quote	n (Anteil v. n)	BF pos./ BF-Quote
Gesamtzahl der Begutachtungen	9.380	29,8 %	7.117	30,8 %	5.842	35,4 %
Verfahren bei bösartiger Neubildung als Hauptdiagnose ex post	797 (8,5 %)	309 38,8 %	711 (10,0%)	276 38,8 %	549 (9,4 %)	263 47,9 %
Verfahren zum Mammakarzinom als Hauptdiagnose ex post	158 (1,7 %)	70 44,3%	166 (2,3 %)	62 37,3 %	153 (2,6 %)	85 55,6 %
Diagnosevorwürfe, Primärdiagnostik	68 (11/.) (0,7 %)	42 (7/.) 61,8 %	84 (17/.) (1,2 %)	42 (8/.) 50,0 %	90 (18/.) (1,5 %)	60 (12/.) 66,8 %

(2,1 %) und lumbale Bandscheibenschäden (2,0 %). Bei den am häufigsten fehlbehandelten Erkrankungen steht das Mammakarzinom mit 0,7 Prozent (zuvor 0,9 bzw. 1,5 %) nach den Weichteilverletzungen (0,9 %) und einer Koxarthrose (0,8 %) an dritter Stelle.

Verteilung der Vorwürfe zum Mammakarzinom

Von den 158 Verfahren beim Mammakarzinom betrafen 80 Verfahren Diagnosevorwürfe (BF-Quote: 61,3 %), darunter 42 von 68 Vorwürfen zur Primärdiagnostik (BF-Quote: 61,8 %) und 7 von 12 Vorwürfen bei Rezidiven (BF-Quote: 58,3 %). Zusätzlich stellte sich die Beurteilung zweier Pathologen als falsch positiv heraus: Statt einer „sklerosierenden Adenose“ eines im Screening als verdächtig eingestuften Herdbefundes wurde fälschlicherweise ein Mammakarzinom diagnostiziert mit der Folge der Haftung für eine Nachbestrahlung und eine passagere psychische Belastung durch die Krebsdiagnose. Eine fälschlich diagnostizierte Mammakarzinom-Metastase im Sentinellymphknoten bei einer Patientin mit rezidivierenden Papillomen mit gewünschter subkutaner Mastektomie bei eingeschränkt beurteilbarer Mammographie führte zu einer unnötigen Axilladissektion mit Wundheilungsstörungen. Fehlerhaft waren auch drei von zehn Ver-

fahren zur Primärdiagnostik bei benignen Veränderungen, die zum Beispiel einmal behandlungsfehlerhaft zu einer nicht indizierten Quadrantenresektion führte.

Fehler bei der Primärdiagnostik

Für die Einzelfehleranalyse bezogen auf das Behandlungsjahr wurden zusätzlich 30 Verfahren in die Auswertung einbezogen, deren gutachtliche Bewertung zur Primärdiagnostik auch den Behandlungszeitraum 2005 bis 2008 betraf (Tabelle 2). Wichtig erscheint hier darauf hinzuweisen, dass zum Zeitpunkt der Auswertung nach Behandlungsjahr (noch) nicht alle möglichen Vorwürfe Berücksichtigung finden können, da die Patientinnen zum Zeitpunkt der Kenntnisnahme einer Brustkrebskrankung fünf Jahre lang Zeit haben, um eine Überprüfung bei der Gutachterkommission Nordrhein zu beantragen.

Bei 55 der insgesamt 98 Begutachtungen zum Behandlungsjahr wurde eine fehlerhafte Primärdiagnostik festgestellt (BF-Quote: 56,1 %). 22 dieser 55 Patientinnen (40 %) waren im Behandlungsjahr der Fehlerfeststellung unter 50 Jahre alt, 28 Patientinnen im Alter von 50 bis 69 Jahre alt (50,9 %) und fünf älter als 69 Jahre (9,1 %). Der Vorwurf einer fehlerhaften Screening-Untersuchung wurde 15-mal erhoben und war 11-mal begründet. Es zeigte

sich (Tabelle 2), dass die Zahlen der vorgeworfenen Fälle nach Behandlungsjahr stark variieren und daraus keine Tendenzen abzuleiten sind. Unterstellt man, dass es sich bei den überprüften Fällen um die Gesamtzahl der Frauen mit Diagnosevorwürfen handelt, dann wäre bezogen auf die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen in Nordrhein von etwa 9.000 Brustkrebsfällen mindestens von einer Fehlerquote von etwa ein Promille pro Jahr auszugehen. Hinzu kämen noch die MDK-Begutachtungen, die Gerichtsverfahren und eine Dunkelziffer.

Einzelfehler in der Primärdiagnostik

Bei 42 der 55 Patientinnen wäre aufgrund der 27-mal fehlerhaft beurteilten Mammographien und der sieben Sonographien (einmal lagen erhebliche technische Mängel vor) sowie aufgrund der Anamnese/des Tastbefundes eine weiterführende Diagnostik durch weitere Bildgebung und/oder eine Probebiopsie erforderlich gewesen. Die fehlerhaft erhobenen Mammographie-Befunde werden in Tabelle 3 den richtigen Befunden gegenübergestellt.

Einmal wurde statt des suspekten Befundes (BI-RADS 4a) im Nachgang zum Screening fehlerhaft eine unauffällige Zyste punktiert und dieser Umstand nicht be-

Tabelle 2: Fehlerhafte Primärdiagnostik bei Mammakarzinom in den bis 2015 abgeschlossenen Begutachtungsverfahren nach Behandlungsjahr inkl. „Altfälle“ 2005 bis 2008 (n=30)

Zeitraum	N BF-Quote	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
Begutachtungen bei Mammakarzinom	85/214 39,7 %	0/1	0/3	10/14 71,4 %	7/19 36,8 %	11/24 45,8 %	11/25 44,0 %	10/24 41,7 %	13/32 40,6 %	5/13 38,5 %	4/20 20,0 %	14/39 35,9 %
Fehler bei Primärdiagnostik	55/98 56,1 %	0	0	9/10	3/8	8/11	7/11	7/12	6/14	5/9	3/9	7/14
davon*												
Anamnese/Tastuntersuchung	8	/	/	1	2	1	2	/	/	2	/	/
Mammographie verkannt	27	/	/	7	1	2	5	1	3	3	2	3
Sonographie verkannt/fehlerhaft	7	/	/	1	1	1	/	2	1	/	1	/
keine weiterführende Diagnostik (Bildgebung/PE)	42	/	/	8	3	5	4	5	6	5	3	3
Keine Sicherungsaufklärung/zu langes Kontrollintervall	21	/	/	3	1	3	3	2	1	1	3	4
davon Fehler im Screening	11/15	/	/	4/4	1/1	1/1	2/3	1/2	1/2	0/1	/	1/1

* Mehrfachnennung

Tabelle 3: Fehlerhafte Mammographiebefunde

Mammographiebefunde nach BI-RADS		Mammographie-Kontrolle	Screening
richtig	falsch	18x	9x
0	1	2x	3x
0	2	1x	1x
0	3	2x	/
3	1	1x	/
3	2	2x	/
4	1	1x	4x
4	2	6x	/
4	3	2x	/
5	2	1x	1x

Klassifikation der Mammographie-Befundung nach Breast Imaging Reporting an Data System (BI-RADS) nach ACR (American College of Radiology)	
0	Unvollständige mammographische Untersuchung, weitere Bildgebung notwendig
1	Negativ
2	Gutartiger Befund (z.B. Fibroadenom, Zyste, Lipom)
3	Vermutlich gutartiger Befund (Malignomwahrscheinlichkeit <2 %), Kontrolluntersuchung empfohlen (in 6 Monaten)
4	Verdächtig; Biopsie empfohlen
5	Hochverdächtig: (Karzinomwahrscheinlichkeit > 95 %). Biopsie notwendig
6	Biopsie erfolgt, Malignität schon nachgewiesen

merkt. Ein durch den Zweitbegutachter im Screening dann einvernehmlich diagnostizierter hochverdächtiger BI-RADS 4 c/5-Befund wurde behandlungsfehlerhaft versehentlich der Patientin als „unauffälliger Befund“ mitgeteilt, wodurch dank Eigeninitiative der Patientin jedoch kein Gesundheitsschaden eintrat. Bei 21 Patientinnen fehlte es an einer Sicherungsaufklärung über notwendige weitere Maßnahmen beziehungsweise war das Kontrollintervall zu lang oder es war gar nicht terminiert worden.

Beweiserleichterungen bei Befunderhebungsfehlern

Trotz nachvollziehbarem Tastbefund von etwa 2 cm bei einer 25-jährigen Patientin wurde entgegen dem Algorithmus der S3-Leitlinie für symptomatische Patientinnen nach regelrecht durchgeführter Sonographie in 2009 mit unauffälligem Befund keine PE veranlasst. Bis zum Beweis des

Gegenteils gilt bei diesen Patientinnen, dass ein umschriebener Knoten karzinomverdächtig ist. Die versäumte PE stellt einen Befunderhebungsfehler dar, mit der Folge einer Beweislastumkehr bezüglich einer eingetretenen Prognoseverschlechterung. Bei Größenprogredienz wurde nach sechs Monaten vom Gynäkologen eine Mammographie angefordert, die ein 6 cm großes Mammarkarzinom mit N2-Lymphknotenstatus aufdeckte und zur radikalen Mastektomie führte.

Therapieverzögerung

Die vorwerfbaren Therapieverzögerungen lagen zwischen Tagen, wenigen Wochen und drei Jahren, das heißt im Durchschnitt bei circa acht Monaten (siehe Tabelle 4). Die Tumorstadien zum Zeitpunkt der verspäteten Detektion des Mammarkarzinoms werden in Tabelle 5 dargestellt. Bei 20 Patientinnen hatte die fehlerhafte Diagnostik in Bezug auf die

verzögerte Therapie eine Prognoseverschlechterung zur Folge. Dies war beispielsweise nicht der Fall, wenn der Zeitraum bis zur endgültigen Diagnosestellung verhältnismäßig kurz war (~ < 6 Monate), sich der Befund nicht oder kaum verändert hatte oder die gleiche Therapie nötig wurde.

Für die Patientinnen ist gerade dieser Punkt manchmal schwer nachzuvollziehen, wie sich aus den Antragschreiben ergibt, da allgemein davon ausgegangen wird, dass eine Diagnose- beziehungsweise Therapieverzögerung gleichzusetzen ist mit einer Prognoseverschlechterung. Nicht immer aber ist die Ausgangssituation bei derben Drüsenkörper und/oder Zysten einfach zu beurteilen. Auch können minimale Veränderungen im Verlauf – dann imponant – konfluieren. Das Dilemma der teilweise überzogenen Erwartungen an die Primärdiagnostik wird auch in der abgelaufenen Leitlinie der DGGG 2011 (AWMF 015/047 (S1) „Das nicht erkannte Mamma-karzinom“) deutlich. Hierzu ein Zitat aus der Laienpresse [1]: „Je früher einer Brustkrebserkrankung erkannt wird, desto besser ist sie therapierbar. Von daher ist eine vom Facharzt veranlasste, richtige Krebsvorsorgeuntersuchung unerlässlich. Wird diese vom Arzt nicht angeordnet, wird es für ihn teuer und für die Patientin lebensgefährlich“. In dem hier zitierten, vor dem OLG Hamm (Az.: 3 U 57/13) zulasten des Arztes geführten Verfahren, wurde einer 66-jährigen Patientin ein Schadensersatz von 20.000 Euro zugesprochen, da der Arzt die Patientin im Jahr 2008 nicht darüber informiert hatte, dass sie an einer Screeninguntersuchung hätte teilnehmen können. Nach einer Mammographie mit unauffälligem Befund in 2001 und jährlichen Früherkennungsuntersuchungen mit Sonogra-

Tabelle 4: Kausalschaden Therapieverzögerung

Fehler bei Primärdiagnostik	55	100,0 %
bis wenige Wochen	13	23,6 %
3- 6 Monate	18	32,7 %
> 6 – 9 Monate	7	12,7 %
> 9 – 12 Monate	6	10,9 %
> 12 – 24 Monate	6	10,9 %
> 24 Monate bis 36 Monate	5	9,1 %

phien wurde erst in 2010 wieder eine Mammographie von ihm veranlasst, die dann die Brustkrebserkrankung aufdeckte.

Ob und inwieweit nach Verfahren vor der Gutachterkommission Entschädigungszahlungen durch den Haftpflichtversicherer geleistet werden, obwohl von der Kommission Ansprüche in Hinblick auf eine Prognoseverschlechterung verneint wurden, wäre eine interessante Frage.

Risikofaktoren

In *Tabelle 6* wird dargestellt, mit welcher klinischen Symptomatik die Patientinnen den belasteten Arzt ex ante aufsuchten, das heißt ob ein Tastbefund berichtet wurde und ob eine familiäre Risikosituation zum Brustkrebs beziehungsweise beide Angaben vorlagen. Etwa die Hälfte der 55 Patientinnen (47 %) stellte sich zur Vorsorge (inklusive alle positiven Screening-Fälle) mit leerer Anamnese vor. Allein bei sieben dieser 26 Patientinnen hätte durch die Vorsorge die Chance bestanden, das bestehende Mammakarzinom frühzeitig zu erkennen und eine Prognoseverschlechterung zu vermeiden.

Diskussion

Mit etwa 70.000 Neuerkrankungen jährlich ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung der Frau, die zudem meist frühzeitig, das heißt vor dem 55. Lebensjahr auftritt. Laut dem Krebsregister des Robert-Koch-Instituts [2] stieg die Zahl der Neuerkrankungen (in 2004 ging man von 55.000 Neuerkrankungen bundesweit aus) seit Einführung des Mammographie-Screenings in Deutschland ab 2005 zunächst sprunghaft auf 72.000 an, ist aber seit 2009 wieder leicht rückläufig. Man geht davon aus, dass in der ersten Phase des Screenings viele Tumoren deutlich früher entdeckt wurden als ohne Screening – insbesondere wenn noch kein Tastbefund vorliegt – und dass auch einige Tumoren diagnostiziert werden, die sonst lebenslang unerkannt geblieben wären und keine Beschwerden verursacht hätten („Überdiagnose“). In Nordrhein-Westfalen leben etwa 18 Millionen Menschen, davon 9,4 Millionen in den Regierungsbezirken Düsseldorf und Köln, für die die Gutachterkommission Nordrhein zuständig ist. Nach dem Epidemiologischen Krebsregister Nordrhein-Westfalen – Datenreport 2013 [3] wurden in NRW 16.797 Neuerkrankungen mit Brust-

krebs bei Frauen registriert. Für die Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln muss man daher von etwa 9.000 Neuerkrankungen pro Jahr ausgehen.

Ziel des Mammographie-Screenings ist es, Brustkrebs möglichst frühzeitig in prognostisch günstigerem Stadium zu entdecken. Weiterhin, die Rate der Intervallkarzinome möglichst gering zu halten und damit auch die Zahl der falsch-negativen Diagnosen zu minimieren. Es gilt, durch die Ausschöpfung der neben der Mammographie möglichen Bildgebung (Sonographie / MRT) unnötige Biopsien zu vermeiden [4]. Zum einen wegen der Komplikationen oder Narben, vor allem aber auch in Hinblick darauf, dass Patientinnen mit häufigeren Biopsien „müde“ werden und eine weitere Diagnostik im Verlauf womöglich ablehnen. Der Ermittlung der Intervallkarzinome und von falsch-negativen Befunden („minimal signs beziehungsweise missed cancer“) kommt im Rahmen der Qualitätssicherung des Screenings eine große Bedeutung zu, da diese Fälle, die gerade vermehrt in den dichten Mammæ gefunden werden, genutzt werden können, um Fallstricke zu erkennen und die Qualität zukünftiger Untersuchungen durch systematisches Review zu verbessern.

Schon aufgrund der sehr geringen Fallzahlen, aber auch weil es sich um ein stark selektives Patientengut handelt, sind die Verfahren der Gutachterkommissionen we-

nig geeignet, allgemein gültige Erkenntnisse in Bezug auf die Behandlungen einzelner Erkrankungen zu erbringen. Die Daten können beispielsweise auf keinen Fall für die Bewertung einer „Versorgungsqualität“ herangezogen werden, da hier keine flächendeckende, sondern eine Einzelfallbewertung zugrunde liegt, die eine Verallgemeinerung nicht zulässt. Über die Qualität des Mammakarzinom-Screenings können nur die Screening-Verfahren selbst durch entsprechende Evaluationen Auskunft geben. Unseres Erachtens können und sollten Behandlungsfehlerbegutachtungen aber genutzt werden, um typische Fehler und Fallstricke zu erkennen und sie für die Behandlungsfehlerprophylaxe zugänglich zu machen.

Aufgabe der Gutachterkommission

Die Gutachterkommission und Schlichtungsstellen, aber auch die Gerichte und die Begutachtungen des Medizinischen Dienstes sind dafür da, zu prüfen, ob dem Arzt ein Behandlungsfehler in Diagnostik oder Therapie vorzuwerfen ist, durch den der Patient einen Gesundheitsschaden erlitten hat oder voraussichtlich erleiden wird [5]. Wird ein solcher Vorwurf durch die Begutachtung bestätigt und ein Kausal Schaden festgestellt, dann greift in der überwiegenden Zahl der Fälle die Haftpflichtversicherung des Arztes, wie wir aus früheren Evaluationen wissen, damit der

Tabelle 5: Tumorstadium zum Zeitpunkt der Erkennung und Gutachterliche Einschätzung der Prognoseverschlechterung

Fehler bei Primärdiagnostik (55 Patientinnen)				
Stadium*	n	Einschätzung Prognose in Bezug auf Stadium/Therapie (-verzögerung)		
		Nicht bewertet-(et/bar)	Keine Änderung	Verschlechterung
n	55	4	31	20
0	3	/	3	/
I	17	/	17 (6)	/
II A	18	2 (1)	9 (2)	7
II B	5	/	1	4 (1)
III A	7	1	1	5
III B	1	/	/	1
III C	2	/	/	2
IV	2	1	/	1

* n. TMN-Klassifikation nach UICC bzw. AJCC (2003); Zahlen in Klammern=Screening

Tabelle 6: Klinischer Status ex ante bei Patientinnen mit vorwerfbaren Fehlern des Arztes bei der Primärdiagnostik mit Einschätzung der Prognoseverschlechterung

Fehler bei Primärdiagnostik (55 Patientinnen)					
Eingeschätzte Prognoseänderung	n	Vorsorge	mit Tastbefund*	Fam. Risiko	Tastbefund und fam. Risiko
Anzahl	55	26	20	4	5
Nicht bewert-(et/bar)	4	2	2	/	/
Keine Änderung	31	17	10	3	1
Verschlechterung	20	7	8	1	4

* zum Fehlerzeitpunkt (durch die Patientin); 3 x Mamillensekretion

eingetretene Kausalschaden wenigstens finanziell abgegolten wird.

Die Diagnostik des Mammakarzinoms ist in manchen Fällen nicht einfach. Für die vor der Gutachterkommission geführten Verfahren zur Primärdiagnostik des Mammakarzinoms muss in Hinblick auf die hohe Bestätigungsquote einschränkend gesagt werden, dass zum Zeitpunkt der Antragstellung vielen Frauen bereits bekannt ist, dass eine zeitliche Verzögerung bis zur Diagnosestellung aufgetreten war. Dies ist beispielsweise auch bei Diagnosevorwürfen bei anderen Krebserkrankungen, aber auch bei unerkannt gebliebenen Frakturen in den Begutachtungen der Fall. Es kommt daher darauf an, zu ergründen, ob zu einem früheren Zeitpunkt eine Feststellung der Krebserkrankung möglich gewesen wäre, ob die Verzögerung dem in Anspruch genommenen Arzt anzulasten ist und ob die darauf kausal beruhende Therapieverzögerung zu einer Prognoseverschlechterung geführt hat.

Selbst im Screening werden bekanntermaßen immer wieder Fälle entdeckt, in denen – ex post – bereits zu einem frühen Zeitpunkt Hinweise auf die Brustkrebserkrankung bestanden haben. Diese Fälle sind abzugrenzen von echten Intervallkarzinomen. Problematische Fälle werden durch das Screening regelmäßig den betroffenen Frauen bekannt gemacht und führen daher unter Umständen zu einem Anstieg der Fallzahlen vor der Gutachterkommission, um die Frage der Vorwerfbarkeit und der Kausalität prüfen zu lassen. Obwohl die Feststellung einer Brustkrebserkrankung heute durch die technischen Verbesserungen der digitalen Mammographie, durch die Qualitätsanforderungen

an im Screening mitwirkende Ärzte, aber auch durch die erarbeiteten Leitlinien, sicherer ist als noch vor 20 Jahren, können daher durchaus häufiger Behandlungsfehler vorwürfe begründet sein, da mehr Erkrankungen detektiert werden.

Fazit

Die Auswertungen der Begutachtungsverfahren der Gutachterkommission Nordrhein lässt keine verallgemeinernde Bewertung der Versorgungsqualität in Deutschland zu. Die Auswertungen der festgestellten Fehler sind jedoch geeignet, die Arbeit von Ärzten verbessern zu helfen. Wichtig erscheint, dass die gegenüber dem einzelnen Arzt festgestellten Fehler von ihm genutzt werden, um die Versorgung seiner Patienten zu reflektieren. Dies geschieht auch im Screening, wo zwischen zwei Screening-Einheiten aufgetretene Brustkrebserkrankungen regelmäßig aufgearbeitet und analysiert werden. Dass dabei auch Fehler in der Begutachtung ex post in Kenntnis des weiteren Verlaufs aufgedeckt und Patientinnen hierüber informiert werden, spricht für einen verantwortungsvollen Umgang und nicht primär für einen Qualitätsmangel.

Das Kennen und Beachten von Leitlinien ist in der Versorgung von Patienten geboten. Der Arzt schuldet der Patientin oder dem Patienten den Facharztstandard und eine befundangemessene Betreuung. Eine Unterschreitung sollte vermieden werden. Gerade bezogen auf das Mammakarzinom ist das Einhalten von Kontrollintervallen bei noch unklaren Befunden mit Terminierung der nächsten Untersuchung im Rahmen einer Sicherungsaufklärung, also eine

„aktive Führung“ der Patientin, im Verlauf wichtig.

Dieser Verantwortung sollte sich der Arzt bewusst sein, gerade auch wenn eine verunsicherte Patientin mit einem Tastbefund zu ihm kommt, den er nicht nachvollziehen kann. Hier sollte die Patientin ernst genommen, zeitnah zur Kontrolle wieder einbestellt und bei weiterhin bestehendem Befund zeitnah zur bildgebenden Diagnostik überwiesen werden. Eine Mammasonographie ist in der Primärdiagnostik keine sichere Methode zur Aufdeckung eines Mammakarzinoms.

Die Möglichkeiten der EDV können helfen, um die Patientinnen herauszufiltern, bei denen eine weitere Diagnostik im Intervall geboten war und die sich aus vom Arzt nicht zu klärenden Gründen nicht wieder vorgestellt hat. Haftet der Arzt doch womöglich für den gesamten Verlauf, der sich im Anschluss an eine fehlerhafte Behandlung entwickelt, was im Falle einer Krebserkrankung unter Umständen mehrere Jahre mit Prognoseverschlechterung bedeuten kann. Wichtig ist, dass ein nach Überweisung eingegangener Befundbericht, beispielsweise einer Mammographie, aber auch das Ergebnis eine Probeentnahme „nicht zu den Akten gelegt wird“, ohne die Patientin im Rahmen einer zu dokumentierenden Sicherungsaufklärung telefonisch oder schriftlich (sicher) davon in Kenntnis zu setzen und sie über die notwendig werdenden Schritte und das Aufsuchen eines Arztes zur zeitnahen Besprechung und Planung zu informieren. Der Arzt kann nicht mit Sicherheit davon ausgehen, dass sich die Patientin zeitnah wieder vorstellt oder sich nach den noch ausstehenden Befundergebnissen erkundigt. RA

Professor Dr. med. Hans Georg Bender ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied und **Professor Dr. med. Ulrich Mödder** ist erstes Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied der Gutachterkommission Nordrhein, **Dr. med. Beate Weber** gehört der Geschäftsstelle an.

Literatur

- <http://www.n-tv.de/ratgeber/Brustkrebs-nicht-diagnostiziert-Frauenarzt-haftet-article11356231.html>
- http://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2015/11_2015.html
- http://www.krebsregister.nrw.de/fileadmin/user_upload/dokumente/veroeffentlichungen/Report_2015/EKR_NRW_2015_Jahresbericht_Internet_pro.pdf
- <https://www.kooperationsgemeinschaft-mammographie.de/>
- Laum HD, Smentkowski U: Ärztliche Behandlungsfehler – Statut der Gutachterkommission Nordrhein. Kurzkommentar. Deutscher Ärzte-Verlag