

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 9/2014

## Kasuistik

Bei der Patientin war in der linken Brust unten innen ein mammo- und sonografisch auffälliger Befund festgestellt worden. Mehrere Stanzbiopsien ergaben histologisch ein duktales Carcinoma in situ (=DCIS) vom High-Grade-Typ. Bei einer anschließenden Kernspintomografie zeigte sich das DCIS in einer Ausdehnung von 8x4x4 cm mit Verdacht auf Invasion und fraglich verdächtigen Lymphknoten in der Axilla. Die Befundung erfolgte mit der Empfehlung „BET“ (=brusterhaltende Therapie) und „Sentinel“ (=Wächterlymphknoten) links“. Die Patientin stellte sich mit dem Befund in der linken Brust in einem Krankenhaus der Maximalversorgung in der Gynäkologischen Abteilung am 12. August 2009 vor, die Operation wurde für den 8. September vereinbart. Auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin sollte brusterhaltend operiert werden, obwohl ihr dargestellt wurde, dass sich dieses Vorgehen als problematisch erweisen könnte. Die Patientin wurde am Operationstag, dem 08. September 2009, um 7 Uhr stationär aufgenommen. Zur Markierung des Mikrokalks in dem DCIS wurde präoperativ eine Drahtlokalisation durchgeführt, wobei der Leiter der Mammadiagnostik Zweifel daran äußerte, ob aufgrund der großen Ausdehnung des DCIS eine brusterhaltende Therapie sinnvoll sei. Es fand ein Gespräch mit der behandelnden Ärztin statt, die sich der Meinung des Radiologen anschloss, dass eine Ablatio die bessere Therapiealternative sei. Diese Änderung des Therapiekonzeptes wurde etwa zwei Stunden vor dem geplanten Eingriff diskutiert. Die Patientin willigte in die Ablatio ein, die anschließend zusammen mit der Sentinel-Biopsie durchgeführt wurde. Die pathologisch-anatomische Begutachtung ergab ein im Durchmesser 80 mm großes DCIS, das teilweise als High-Grade-Typ nachweisbar war. Hinweise für ein invasives Wachstum fehlten. Die Resektionsränder waren frei. Vier Lymphknoten aus der Axilla waren ebenfalls karzinomfrei. Bei der Tumorkonferenz wurde eine tumorspezifische Nachbehandlung nicht für notwendig erachtet. Im Juli 2010 wurde in einem anderen Krankenhaus eine Rekonstruktion der linken Brust durch Expandereinlage und eine Reduktion rechts durchgeführt. Im weiteren Verlauf musste nach Implantation eines permanenten Implantates im Januar 2011 aufgrund einer Infektion das Implantat

[www.schlichtungsstelle.de](http://www.schlichtungsstelle.de)  
[info@schlichtungsstelle.de](mailto:info@schlichtungsstelle.de)

Schlichtungsstelle  
für Arzthaftpflichtfragen  
der norddeutschen  
Ärztekammern GbR  
Hans-Böckler-Allee 3  
30173 Hannover

Telefon:  
+49 511 / 380 -2416 oder  
+49 511 / 380 -2420

wieder entfernt werden.

Die Patientin führte aus, dass ihr am Tag der Operation „in höchst dramatisierender Weise“ geraten worden sei, statt der brusterhaltenden Therapie eine Ablatio der linken Brust durchführen zu lassen. Sie sei absolut überfordert gewesen und habe deshalb der Ablatio zugestimmt. Nach der Operation habe sie erfahren, dass keine Krebszelle in der entfernten Brust enthalten gewesen sei, so dass sie sich erst dann der „Ungeheuerlichkeit der Situation“ bewusst geworden sei. Dem entgegnete das Krankenhaus, dass mit der Patientin in einem Vorgespräch die Möglichkeit einer Ablatio oder einer brusterhaltenden Operation bei dem ausgedehnten DCIS diskutiert worden sei. Sie sei anschließend schriftlich über das brusterhaltende Vorgehen aufgeklärt worden, diese Option sei ihr ausdrücklicher Wunsch gewesen. Als bei der präoperativen Röntgendiagnostik am Operationstag durch den Radiologen die Sinnhaftigkeit eines brusterhaltenden Vorgehens bezweifelt wurde, sei mit der Patientin ausführlich die Indikationslage erläutert und ihr angeboten worden, entweder für eine neue Entscheidungsfindung entlassen zu werden oder aber eine Ablatio durchführen zu lassen. Die Patientin habe sich für die Ablatio am selben Tag entschieden. Die Patientin wies eindringlich darauf hin, dass sie das Gespräch am Operationstag als „unsäglich, ja überfallartig“ empfunden habe, nachdem sie sich bereits Ende Juli 2009 sowie nach einer Untersuchung am 12. August 2009 für ein brust-erhaltendes Vorgehen entschieden gehabt habe.

## Gutachten

Der Gutachter führte aus, dass das DCIS eine Präkanzerose sei. Die Entwicklung eines invasiven Karzinoms sei abhängig von der Art der In-situ-Läsion. Für die Therapieplanung seien Größe und Verteilungsmuster des DCIS von Bedeutung. Prinzipiell sei es möglich, die Exzision zunächst lokal durchzuführen, um gegebenenfalls anschließend eine Nachresektion durchführen zu müssen. Die Empfehlungen der Fachgesellschaften erlaubten sowohl die Organkonservierung als auch die Mastektomie. Daher sei die Empfehlung vom 12. August 2009, eine brusterhaltende Behandlung durchzuführen, medizinisch korrekt gewesen. Dass zwischen Voruntersuchung und Vorbesprechungen bis zur Operation am 08. September eine Verschlechterung des Befundes eingetreten sei, könne bezweifelt werden. Der Radiologe durfte mitteilen, dass er eine brusterhaltende Operation nicht für sinnvoll halte. Die Konsequenz, statt des brusterhaltenden Vorgehens eine Ablatio durchzuführen, sei der Operateurin nicht vorzuwerfen. Allerdings sei die Patientin völlig unerwartet mit dieser operativen Alternative konfrontiert worden. Es sei ihr optional angeboten worden, die Entscheidung zu Hause zu

überdenken. Eine Operation sei bei dem ausgedehnten Befund einer Präkanzerose zwar notwendig gewesen, sie musste aber nicht sofort erfolgen. Der Eingriff sei kein Notfalleingriff unter Zeitdruck gewesen, so dass ein Zeitraum von 24 Stunden notwendig gewesen wäre, um die Patientin das geänderte Therapiekonzept bedenken zu lassen. Theoretisch hätte sich die Patientin dann gegen eine Ablatio entscheiden können. Er geht aber von keinem fehlerbedingten Schaden aus, da die Ablatio „leitliniengerecht“ gewesen sei. Ärztlicherseits wurde vorgetragen, die Operationsindikation habe sich am Operationstag unter anderen Vorgaben geändert. Die Patientin habe den Vorschlag abgelehnt, sich in Ruhe das alternative operative Vorgehen zu überlegen. Daher sei mit Wissen um die Problematik der Aufklärungspflicht entschieden worden, dem Willen der Patientin nachzugeben und die Operation am selben Tag durchzuführen. Im Nachhinein habe sich das operative Vorgehen der Ablatio als äußerst sinnvoll dargestellt, da der histopathologische Befund ein sehr ausgedehntes DCIS mit High-Grade-Anteilen ergeben habe.

## Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle hat sich dem Gutachten im Hinblick auf die Fehlerfrage angeschlossen, nicht aber der Kausalitätsbewertung, weil juristische Erwägungen zur Beweislastverteilung und zur Beweiswürdigung, die der medizinische Sachverständige nicht anzustellen hatte, zu einem anderen Ergebnis führten.

Das brusterhaltende Vorgehen mit Überprüfung der Wächterlymphknoten in der gleichseitigen Axilla, welches sich die Patientin auch nach übereinstimmender Aussage wünschte, wurde in der präoperativen Konferenz des Krankenhauses in der gynäkologischen Abteilung bestätigt. Ein Tag vor der geplanten Operation wurde ambulant ein entsprechendes Aufklärungsgespräch sowohl mit dem Anästhesisten als auch mit der Operateurin geführt. Dieses Vorgehen war fachgerecht.

Für die Änderung des operativen Vorgehens am Operationstag war die Beurteilung des Radiologen ausschlaggebend, der für die Drahtmarkierung eine Röntgenuntersuchung der Brust durchführte. Eine Dokumentation seines Befundes fehlt, ebenso eine Dokumentation des Gespräches zwischen Radiologen und Operateurin. Lediglich aus der Stellungnahme der Patientin sowie der Operateurin wird deutlich, dass aufgrund der Ausdehnung des Befundes das brusterhaltende Vorgehen als Therapiealternative in Zweifel gezogen wurde und zu der Empfehlung führte, eine Ablatio vorzunehmen. Diese Empfehlung ist nicht zu beanstanden. Dass die Mammografie am 08. September 2009, also etwa acht Wochen später, zu einem grundsätzlich weiter fortgeschrittenen Befund führte, ist

aber auszuschließen, zumal die Größe des DCIS im Operationspräparat mit dem kernspintomografischen Befund übereinstimmte. Damit war in keiner Weise eine grundsätzliche andere Befundkonstellation vor der Operation gegeben als die mit der Patientin zuvor besprochene.

Als fehlerhaft zu bewerten ist jedoch, der Patientin eine andere Vorgehensweise unmittelbar vor dem operativen Eingriff anzuraten, ohne dass eine Notfallindikation bestand. Auch wenn die Patientin nicht noch einmal eine Bedenkzeit gewünscht hat, so hätte man auf dieser bestehen sollen, da in einer solchen Situation Karzinomdiagnose, Angst vor der unmittelbar bevorstehenden Operation, unterschiedliche Aussagen von Röntgenologen und Gynäkologin - keine überlegte Entscheidung der Patientin erwartet werden konnte. Die Argumentation, es hätte sich bei der Ablatio um die sicherere und sinnvollerere Alternative gehandelt und deshalb hätte sich die Patientin für diese in jedem Falle entschieden, lässt unberücksichtigt, dass es Patienten aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechtes durchaus erlaubt ist, eine gefährlichere Methode zu wählen. Die Einwendung, die Patientin hätte sich nach angemessener Bedenkzeit für die Ablatio entschieden, ist im Übrigen von der Anspruchsgegnerin zu beweisen. Dieser Beweis kann auch angesichts des vor der Operation erklärten Wunsches der Patientin nach einer brusterhaltenden Operation nach Auffassung der Schlichtungsstelle nicht erbracht werden.

Die Ablatio war daher nicht von einer, aufgrund einer ordnungsgemäßen Aufklärung erfolgten, Einwilligung der Patientin gedeckt und somit rechtswidrig. Die Ablatio selbst und alle mit ihr verbundenen Folgen in Form von vier Operationen, Schmerzen und Verlust der Brust waren somit als fehlerbedingt zu bewerten.

## Fazit

Bei Änderungen der Operationsmethoden bei elektiven Eingriffen ist dem Patienten eine angemessene Überlegungsfrist unabhängig von äußeren Umständen - einzuräumen.

### **§ 630e BGB Aufklärungspflichten**

*(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen,*

*Risiken oder Heilungschancen führen können.*

*(2) Die Aufklärung muss*

- 1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,*
- 2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,*
- 3. für den Patienten verständlich sein.*