

Erschienen im Nds. Ärzteblatt 11/2016

## Kasuistik

Eine damals 46-jährige Patientin stellte sich am 27. Januar wegen eines selbst getasteten Knotens in der linken Brust bei ihrer damaligen Hausärztin vor. Laut deren Zusammenfassung der EDV-Krankenakte bestand der Verdacht auf einen Brusttumor links. Zu diesem Zeitpunkt bestand folgende Vorgeschichte: Frakturen und Verbrennungen in der Kindheit, Entfernung des rechten Ovars 1973, eine Geburt sowie Zustand nach Schilddrüsenoperation mit nachfolgender Substitutionsbehandlung mit einem Schilddrüsenhormon. Eine erste unauffällig befundete Mammographie (Radiologische Praxis R war Mitte 1999 erfolgt (Überweisungsgrund: Großmutter der Patientin war an Brustkrebs erkrankt)). Eine zweite Mammographie aus dem Oktober 2007, in der gleichen Praxis R durchgeführt, war ebenfalls unauffällig. Aufgrund der ausgestellten Überweisung erfolgte am 3. Februar in der radiologischen Praxis des Dr. X die bei einer kurativen Mammographie stets notwendige gezielte körperliche Untersuchung einschließlich einer Anamneseerhebung und die Befundung der Mammographieaufnahmen beidseits in zwei Ebenen einschließlich einer Mammasonographie. Der radiologische Befundbericht beginnt mit den klinischen Angaben und der Fragestellung: „Unklarer Tastbefund links oben innen“. Der Radiologe beschrieb auf der linken Seite im oberen inneren Quadranten eine breitflächig wulstige Resistenz ohne Verschieblichkeit auf der Unterlage und erwähnte die deutliche Trichterbrust. Seine zusammenfassende Beurteilung lautete: „Mammographisch und sonographisch kein malignitätsverdächtiger Befund. Einzelne benigne Verkalkungen links (BI-RADS 1 rechts, BI-RADS 2 links). Der Tastbefund ist vermutlich durch die asymmetrisch vorgewölbte parasternale Brustwand bei Trichterbrust verursacht.“ Der Bericht wurde an die Hausärztin geschickt. Im weiteren Verlauf ist am 21. März eine ausführliche körperliche Untersuchung durch die Hausärztin dokumentiert, wobei weder ein auffälliger Tastbefund im Bereich der Mammae, noch weiterführende Untersuchungen in der Zusammenfassung der EDV-Dokumentation fixiert wurden.

Die jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung ergab im Dezember des gleichen Jahres einen eindeutigen klinischen Tumorbefund in der

[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

linken Brust. In der Praxis für Mammadiagnostik konnte nach einer Mammographie und Mammasonographie beidseits (27. Dezember) ein Tumor links (Durchmesser bis zu fünf Zentimeter mit radiären Ausläufern, wobei der Befund lagebedingt nicht vollständig abgebildet werden konnte) als BI-RADS 5, rechts BI-RADS 1 diagnostiziert werden mit einer Stanzbiopsie in der gleichen Praxis am 2. Januar des Folgejahrs. Der abschließende histologische Befund lautete zu diesem Zeitpunkt: „Schlecht differenziertes invasiv-duktales Mammakarzinom links mit teils lobulärem Wachstumsmuster ER+, PR+, Her2neu negativ, Ki67 mit 80 Prozent hoch.“ Die axilläre Sonographie hatte einen 28 Millimeter großen Lymphknoten ergeben.

Im Anschluss an die Diagnosestellung des invasiv-duktales Mammakarzinoms links (TNM-Formel initial: cT2 cN1 M0) erhielt die Patientin als zunächst brusterhaltendes Konzept eine neoadjuvante Chemotherapie. Nach einer brusterhaltenden Operation (12. Juli) mit Nachresektion und Sentinel-Node-Biopsie wurde am 26. Juli schließlich doch eine Ablatio mammae links durchgeführt. Der Grund hierfür war die abschließend befundete R1-Resektion mit Tumorresiduen im Wundhöhlenbereich am 12. Juli. Die postoperative Tumorformel lautete: „ypT2 pN0 (0/3) G2 L0 V0 R0 M0 ER+ PR + Her2neu negativ“, so dass eine postoperative Strahlentherapie der Brustwand links und der supracavikulären Lymphknoten links durchgeführt wurde sowie eine antihormonelle Therapie mit Letrozol.

## Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin ist der Meinung, dass der Radiologe X den Tastbefund am 3. Februar durch eine Biopsie bereits damals hätte weiter abklären müssen. Der Tumor sei inzwischen so groß geworden, dass eine brusterhaltende Operation nicht mehr in Frage gekommen sei; außerdem bestünde der Verdacht auf Lymphknotenmetastasen.

## Stellungnahme des Radiologen X

Der Radiologe X merkt an, dass der Tastbefund links analog - weniger ausgeprägt - auch rechts vorhanden gewesen sei. Die Mammographie hätte keinen klassischen Karzinombefund ergeben. Auch habe die Sonographie keinen tumortypischen Befund ergeben. Aus der Erinnerung sei er sich einigermaßen sicher, dass er der Patientin eine kurzfristige Kontrolle für den Fall einer Änderung des Tastbefunds empfohlen habe, auch wenn dies im schriftlichen Befund nicht dokumentiert sei.

## Gutachten

Der beauftragte radiologische Gutachter war der Auffassung, dass der Radiologe X am 3. Februar die Mammographie zumindest als BI-RADS 3 - also Empfehlung einer Kontrolle nach sechs Monaten - im radiologischen Befund hätte bewerten müssen. Außerdem hätte ein Vergleich mit den beiden durchgeführten Voraufnahmen von ihm veranlasst werden müssen; auch dies hätte eine Empfehlung zur Kontroll-Mammographie zur Folge gehabt. Schließlich weist der Gutachter auf die technisch schlechte Geräteeinstellung des Sonographiegeräts hin. Am Ende des Gutachtens äußert der Gutachter, dass die Diagnoseverzögerung den Therapieverlauf vermutlich nicht beeinflusst habe, da auch im Februar wegen des quadrantenüberschreitenden Wachstums letztlich mit einer Ablatio Mammae links zu rechnen gewesen sei.

## Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle konnte sich in Würdigung der medizinischen Dokumentation und der gutachterlichen Erwägungen unter eigener Urteilsbildung dem Gutachten im Hinblick auf den Schadensumfang nicht in vollem Umfang anschließen, weil juristische Erwägungen, die der medizinische Sachverständige nicht anzustellen hatte, zu einem anderem Ergebnis führten.

Bei einer kurativen Mammographie - also einer Mammographie wegen entsprechender Symptome wie im vorliegenden Fall - sollten stets, wenn erfolgt, Voruntersuchungen bei der radiologischen Befundung mit einbezogen werden. Dies hätte bei der Patientin am 3. Februar mit Gewissheit dazu geführt, dass die Empfehlung einer Kontrolluntersuchung ausgesprochen und im Befundbericht dokumentiert worden wäre, zumal die Überweisung von einer Ärztin für Allgemeinmedizin - und nicht von einer Frauenärztin - ausgestellt worden war.

Ist eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme nicht dokumentiert worden, obwohl dies aus medizinischer Sicht notwendig war, so wird zugunsten des Patienten vermutet, dass diese Maßnahme tatsächlich nicht vorgenommen wurde (BGH VersR 97,977). Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt. Darüber hinaus hätte der radiologische Befund zumindest mit der Kategorie BI-RADS 3 mit einer daraus resultierenden Kontrolle schriftlich formuliert werden müssen.

## Gesundheitsschaden

Bei korrektem Vorgehen wäre die Empfehlung zur Wiedervorstellung in sechs Monaten erfolgt und Anfang August eine weitere Abklärung mittels Biopsie erfolgt. Durch das fehlerhafte Vorgehen des Radiologen X ist es zu einer Verzögerung der Diagnosestellung um etwa fünf Monate gekommen.

Jede Diagnose- beziehungsweise Therapieverzögerung eines Krebsleidens bedeutet eine statistische Prognoseverschlechterung, die allerdings nicht verbindlich für das individuelle Schicksal eingeschätzt werden kann. Im vorliegenden Fall wäre bei einer frühzeitigeren Diagnose die Therapie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in gleicher Weise notwendig gewesen. Ablatio Mammae links, Strahlen- und Chemotherapie sowie die endokrine Therapie wären nicht zu vermeiden gewesen.

Eine - zu der ohnehin durch das Krebsleiden vorhandene - zusätzliche psychische Belastung durch das Wissen um die Behandlungsverzögerung und die statistische Prognoseverschlechterung ist allerdings als Gesundheitsbeeinträchtigung zu bewerten und damit schmerzensgeldfähig.

## Fazit

Oft ist es mühsam, die Voraufnahmen zu beschaffen. Zur sorgfältigen stichhaltigen Befundung ist aber der Vergleich mit den Voraufnahmen unerlässlich. Liegen diese nicht vor, ist im radiologischen Befundbericht auf deren Fehlen sowie auf die Notwendigkeit eines Vergleichs hinzuweisen.