

*Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 3/2014*

## Kasuistik

Bei dem Patienten (Jahrgang 1946) war seit Oktober 1995 ein Long-Barrett-Ösophagus bekannt. Der behandelnde Internist rezeptierte seither nahtlos verschiedene Protonenpumpeninhibitoren (PPI). Bei einer Kontroll-Gastroskopie im August 1996 bestätigte sich der Barrett-Ösophagus, Zellatypien waren zu diesem Zeitpunkt histologisch nicht nachweisbar. Bei einer weiteren Gastroskopie im Dezember 2000 dominierte das Bild einer Refluxösophagitis. In zwei Biopsaten aus dem Ösophagus wurde jetzt kein Barrett-Epithel nachgewiesen. Weitere Verlaufsendskopen erfolgten nicht. Bei einem Praxisbesuch im April 2010 klagte der Patient über Oberbauchbeschwerden, derentwegen ihn der Internist stationär einwies. Die dortige Diagnostik erbrachte den Nachweis eines Adenokarzinoms der Speiseröhre auf dem Boden eines Barrett-Ösophagus sowie den Verdacht auf Lymphknotenmetastasen im Brustkorb und im Bauchraum. Die Weiterbehandlung erfolgte bei Inoperabilität mit einer palliativen Chemotherapie. Im August 2010 erlag der Patient seinem Tumorleiden.

Dem Internisten wird vorgeworfen, keine regelmäßigen Kontrollendoskopien veranlasst zu haben. Fehlerbedingt habe sich der Tumor unerkannt ausbreiten können und zum Tode geführt.

Der Internist argumentiert, die Behandlung sei seit der Diagnosestellung einer Refluxösophagitis im Jahre 1995 kontinuierlich mit einem PPI unterschiedlicher Hersteller erfolgt. Der Empfehlung des Untersuchers, der die letzte Gastroskopie im Jahre 2000 durchgeführt hatte, eine Dauerbehandlung mit dieser Medikamentengruppe durchzuführen, sei er konsequent gefolgt. Unter dieser Therapie sei der Patient beschwerdefrei gewesen und hätte die ihm vorgeschlagenen Kontrollgastroskopien seiner Erinnerung nach bei einem Praxisbesuch im Oktober 2003 abgelehnt. Bei den Konsultationen des Patienten im November 2009 sowie im Januar und März 2010 habe er noch über keine Beschwerden geklagt. Bei seiner Wiedervorstellung in der Praxis im April 2010 seien unklare Oberbauchbeschwerden angegeben worden. Er habe entsprechende Diagnostik eingeleitet und den Patienten stationär eingewiesen.

[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

## Gutachten

Bei endoskopischen Untersuchungen 1995, 1996 und 2000 sei ein Barrett-Ösophagus diagnostiziert worden. Er sei überwiegend Folge einer Refluxösophagitis und durch eine Zylinder-Epithel-Metaplasie charakterisiert. Das Barrettepithel stelle eine Prä-Kanzerose dar. Unterschieden werde bezüglich des Risikos in einen Short- und einen Long-Barrett-Ösophagus. Bei dem Patienten habe eindeutig ein Long-Barrett-Ösophagus vorgelegen. Es gebe keine gesicherten therapeutischen Ansätze, um eine Regression der Barrettschleimhaut zu induzieren, das gelte auch für PPI. Auch therapeutische Optionen, die die Entstehung von Barrett-Karzinomen verhindern könnten, seien nicht bekannt. Einhellig würden daher endoskopisch-biopsische Überwachungsprogramme beim Barrett-Ösophagus empfohlen, um bösartige Neubildungen möglichst früh in einem Stadium der Behandelbarkeit zu erfassen. Die derzeitige Empfehlung rate zu Endoskopie und Biopsieentnahmen alle drei Jahre. Nach 2000 seien keine weiteren endoskopischen Untersuchungen veranlasst worden, die ab da alle drei Jahre hätten erfolgen sollen. Beschwerdefreiheit des Patienten sei für diese Empfehlung irrelevant. Das Auftreten eines Karzinoms sei durch die Kontrollen oder Therapien nicht zu beeinflussen. Somit sei das im Jahre 2010 diagnostizierte Ösophaguskarzinom selbst nicht Folge eines Behandlungsfehlers. Durch die empfohlene Überwachung hätte es aber möglicherweise in einem kurativ angehbaren Stadium erfasst werden können.

Zu dem Gutachten weist der Internist nochmals darauf hin, dass er den Patienten nicht zu weiteren Gastroskopen hätte überreden können. Er habe leider versäumt, seine entsprechenden Gespräche zu dokumentieren.

Die Refluxösophagitis wurde von dem Internisten sachgerecht mit PPI verschiedener Hersteller behandelt. Bezogen auf diese Diagnose war die Behandlung korrekt. Das Vorliegen eines Long-Barrett-Ösophagus und das daraus resultierende Risiko maligner Entartung wurden aber nicht richtig eingeschätzt. Das Karzinomrisiko bei einem Long-Barrett-Ösophagus beträgt etwa 1,6 Prozent pro Jahr (1). Daher sind endoskopische, insbesondere aber intensive biopsische Verlaufsbeobachtungen Standard, zumal es bisher keine Möglichkeit gibt, die Entstehung eines Karzinoms medikamentös zu verhindern. Der dringend gebotene ärztliche Rat zu Kontrollendoskopien und deren Verweigerung seitens des Patienten ist der Dokumentation nicht zu entnehmen. Für die Entscheidung nach Aktenlage war daher davon auszugehen, dass gebotene Befunde nicht erhoben wurden.

Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt dann zu einer Umkehr der Beweislast

hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde (2). Spätestens im Jahre 2000 wären dem Patienten regelmäßige Kontrollendoskopien im Abstand von seinerzeit drei Jahren einschließlich Quadrantenbiopsien empfohlen worden. Bei diesem Vorgehen wären mit hinreichender Wahrscheinlichkeit im Verlauf die schweren Dysplasien entdeckt worden ein Befund, der endoskopisch mit guter Prognose zu behandeln gewesen wäre. Bei Diagnose eines frühen Karzinoms hätte die Indikation zu einer (großen) Operation bestanden mit der Chance einer Heilung. In dieser Situation nicht umgehend mit einer Behandlung zu reagieren, würde einen schweren Behandlungsfehler darstellen. Es resultiert daher eine Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes.

Angesichts der standardmäßig empfohlenen dreijährigen Kontrollintervalle ist nicht auszuschließen, dass bei dem Patienten die Karzinomdiagnose nicht im frühen Stadium hätte gestellt werden können mit entsprechend beeinträchtigter Prognose. Die Chance, zwei Jahre zu überleben, hätte jedoch auch in diesem ungünstigen Fall etwa 75 Prozent betragen (3) Die Durchführung von Gastroskopien sowie Biopsaten hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon frühzeitig die Entstehung des Karzinoms erkennen lassen.

## Gesundheitsschaden

Aufgrund der Beweislastverschiebung reicht es zum Nachweis der Kausalität aus, dass der (fiktive) grobe Behandlungsfehler generell geeignet ist, den eingetretenen primären Schaden (Weiterentwicklung der Dysplasien zum Karzinom) zu verursachen; nahe legen oder wahrscheinlich braucht der Eintritt eines solchen Erfolges nicht zu sein (4). Der Tod hätte sich zu diesem Zeitpunkt mit hinreichender Wahrscheinlichkeit verhindern lassen.

## Fazit

Die Entscheidung zeigt, wie wichtig es ist, ärztliche Ratschläge zu dokumentieren auch und gerade dann, wenn der Patient diese Ratschläge nicht befolgen möchte. Im Nachhinein ist die Beweiskraft ärztlicher Dokumentation kaum zu erschüttern, nicht einmal vom Arzt selbst!

*1 Martinek, J. et al 2008. Low Incidence of Adenocarcinoma and High-Grade Intraepithelial Neoplasia in Patients with Barrett's Esophagus: a Prospective Cohort Study. Endoscopy 40,711*

2 vgl. *BGH NJW* 2004, 1871 ff

3 Zitat wie <sup>1</sup>: *Gastroenterology* 140, e18. 2011

4 vgl. *BGH VersR* 2004, 909