

*Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 01/2000*

## **Einleitung**

Die Zahl der Neuerkrankungen an Tuberkulose nimmt in der Bundesrepublik wie im westlichen Europa ständig ab. Während 1949 noch 344 Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner diagnostiziert wurden, sank diese Zahl jetzt unter 30 ab. Die Abnahme verlangsamt sich allerdings einerseits durch die Zunahme an Tuberkulosen als opportunistische Erkrankungen bei Immundefekten und andererseits durch die Zuwanderung von Ausländern mit hoher Tuberkulose-Inzidenz. Durch eine weiterhin steigende Häufigkeit in den unterentwickelten Ländern gilt die Tuberkulose trotz guter Behandlungsmöglichkeiten auch heute noch als eines der gravierendsten Gesundheitsprobleme der Weltbevölkerung.

Die kavernöse Lungentuberkulose entsteht durch Einschmelzung eines tuberkulösen Herdes, der nach Entleerung über einen Drainagebronchus - je nach Alter des Herdes - röntgenologisch als zartwandiger oder dickumwallter Hohlraum imponiert. Die zartwandigen Frühkavernen sind gut behandelbar. Unter Umständen therapieresistent sind dickwandige Spätkavernen, die zu Streuungen in weitere Lungenareale und durch Gefäßerosionen zu lebensbedrohlichen Blutungen führen können. Im Endstadium kann die kavernöse Lungentuberkulose zu einer kaum mehr behandelbaren „Destroyed Lung“ führen.

## **Kasuistik**

Auf Überweisung ihrer Hausärztin wurde eine 58jährige Patientin am 01.10.1992 röntgenologisch untersucht. Die aufgrund von Müdigkeit, Husten, vor allem nächtliche Schweißausbrüche und Thoraxschmerzen angefertigte Thorax-Röntgenaufnahme wurde - wie sich später herausstellte fälschlicherweise - unauffällig befundet. Nach einem daraufhin durchgeführten konservativen Therapieversuch ergab sich keine Besserung der Beschwerden. Am 10.07.1994 konsultierte die Patientin eine Pneumologin aufgrund einer akut aufgetretenen Hämoptyse. Eine daraufhin durchgeführte erneute Röntgenuntersuchung des Thorax (incl. konventioneller Tomographie) zeigte im rechten Oberfeld paramediastinal eine 5-Markstück-große Verschattung mit zentraler Aufhellung. In unmittelbarer

[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

Nachbarschaft stellten sich stecknadelkopfgroße, z.T. konfluierende Verdichtungen dar, wie bei intrapulmonaler Streuung. Die übrigen Lungenfelder waren frei von pneumonischen Infiltrationen. Die Pneumologin schloß mittels Komplementbindungsreaktion einer Aspergillose, sowie durch Bronchoskopie und Bestimmung entsprechender Tumormarker ein eingeschmolzenes Bronchialkarzinom aus. Die Diagnose einer kavernösen Lungentuberkulose konnte mikrobiologisch nicht abgesichert werden, sie wurde allerdings bestätigt durch einen günstigen Verlauf unter tuberkulostatischer Therapie.

Aufgrund der durch die Fehldiagnose erlittenen o.a. Beschwerden, zu denen sich im Verlauf noch Atmungsbeschwerden und eine Gewichtsabnahme gesellten, forderte die Patientin in ihrem Antrag an die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen Schadensersatz.

Die betroffene Ärztin führte an, ihr wäre die typische klinische Symptomatik zum Zeitpunkt der Befundung nicht bekannt gewesen, da auf dem Überweisungsschein lediglich „Zustand nach Infekt, Rö Pulmo“ angegeben war.

Die betreffenden Röntgenaufnahmen und Krankenunterlagen wurden einem radiologischen Sachverständigen zur Begutachtung der Bildqualität und des Röntgenbefundes vom 01.10.1992 und daraufhin einem pneumologischen Zusatzgutachter zur Bewertung des erlittenen Schadens vorgelegt.

In Übereinstimmung mit beiden Gutachtern kam die Schlichtungsstelle zu der Feststellung, daß die in Rede stehende Röntgenaufnahme technisch einwandfrei durchgeführt wurde. Der Röntgenbefund wurde als fehlerhaft eingestuft, da eine im rechten Lungenoberfeld paramedestinal gelegene Verdichtung, einhergehend mit einer Hohlraumbildung und einer hiluswärts gerichteten streifigen Zeichnung nicht beschrieben worden waren. Bereits zum damaligen Zeitpunkt hätte von der Art und Lokalisation her am ehesten an eine kavernöse Lungentuberkulose gedacht werden müssen. Dieser Fehler wurde als vermeidbar bewertet. Der pneumologische Gutachter stufte die Symptomatik der Patientin zum Zeitpunkt der Erstaufnahme als typisch für eine Tuberkulose ein. Er betrachtete die aufgrund der Aufnahme vom 10.07.1994 gestellte Diagnose einer Lungentuberkulose trotz fehlender mikrobiologischer Absicherung aufgrund der guten Rückbildung unter der anschließend eingeleiteten tuberkulostatischen Therapie als ausreichend gesichert. Auch wenn radiologisch zwischen beiden Aufnahmen eine sichere, wenn auch geringe Progredienz vorhanden war, wurde aufgrund einer fehlenden Beeinträchtigung der Lungenfunktion, aufgrund fehlender, zwischenzeitlich aufgetretener extrapulmonaler

Organmanifestationen, sowie aufgrund des guten Ansprechens auf die tuberkulostatische Therapie festgestellt, daß keine bleibende Gesundheitsschädigung durch die Verschleppung der Diagnose zustande gekommen war.

Die Schadensersatzansprüche der Patientin wurden für gerechtfertigt gehalten, weil die von Oktober 1992 - Juli 1994 erlittenen Beschwerden bei korrektem ärztlichen Vorgehen vermieden worden wären. Als fehlerbedingt und somit schadensersatzpflichtig eingestuft wurden darüber hinaus eine Reihe unnötiger Untersuchungen, die die Patientin während dieser Zeit zur Abklärung der Symptomatik durchmachen mußte. Die Notwendigkeit einer tuberkulostatischen Therapie mit Labor- und Röntgenkontrollen hätte sich auch bei korrektem medizinischen Vorgehen in gleichem Umfang ergeben.

Isolierte Hohlrumbildungen der Lunge können neben der aufgeführten kavernösen Lungentuberkulose, der Aspergillose und dem eingeschmolzenen Bronchialkarzinom auch durch umschriebene Emphyseblasen, durch posttraumatische Pneumatozelen oder durch Abszedierungen (bei septischer Embolie, bei Infektionen mit Klebsiellen, Pseudomonas, Proteus und E. coli und bei Staphylokokken- oder Streptokokkenpneumonien) bedingt sein. Als seltene Ursachen gelten Hohlrumbildungen durch Einschmelzungen bei Lymphomen und Metastasen, durch Nekrosen von Rheumaknoten und Sarkoidose, sowie bei Paragonimiasis und Echinokokkose und durch bronchogene Zysten.

## Fazit

Auch wenn einem Radiologen keine entsprechenden klinischen Angaben vorliegen, können nicht beschriebene Röntgenbefunde zur Schadensersatzverpflichtung führen, sofern dem Patienten dadurch ein objektivierbarer Schaden entstanden ist. Bei klarer klinischer und röntgenologischer Befundkonstellation muß dazu eine infektiöse Erkrankung im Nachhinein nicht unbedingt bakteriologisch bewiesen sein.