



50 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen



50 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

4. BEITRAG: DIAGNOSEFEHLER,
DIAGNOSEIRRTUM, GROBER DIAGNOSEFEHLER



50 Jahre Gutachterstelle



Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer wurde 1975 als bundesweit erste derartige Einrichtung unter dem Namen „Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtstreitigkeiten“ eingerichtet und feiert in diesem Jahr ihr 50-jähriges Bestehen. Aufgabe der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen ist es, „durch objektive Prüfung oder Begutachtung ärztlichen Handelns, Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und Ärzten die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern“. Dazu prüft die Gutachterstelle auf Antrag, ob im konkreten Fall ein Behandlungsfehler vorliegt, der kausal einen Gesundheitsschaden verursacht hat und will damit eine außergerichtliche Einigung zwischen Arzt und Patient fördern. Mit Unterstützung externer Gutachter erstellen unabhängige, entscheidungsbefugte Mitglieder der Gutachterstelle, (Ärzte und Juristen mit der Befähigung zum Richteramt) eine abschließende Stellungnahme (Votum). Den Einzelfall entscheidet die Gutachterstelle mit einem Arzt und einem Juristen.

Anlässlich des 50-jährigen Bestehens der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen werden neben anderen Aktivitäten anonymisierte Gutachtensfälle auf der Homepage der Gutachterstelle (www.gutachterstelle-bayern.de) jeweils zu einem besonderen juristischen Thema beispielhaft vorgestellt. Die 6 Beiträge erscheinen ab Januar 2025 zweimonatlich mit jeweils 5 bis 8 Fällen.

Ziel der Vorstellung der gutachtlichen Entscheidungen ist, die ärztlichen Kollegen zum Thema Behandlungsfehler und zu deren Vermeidung zu sensibilisieren.

Diagnosefehler, Diagnoseirrtum, grober Diagnosefehler

Ein Diagnosefehler liegt vor, wenn der Arzt die nach dem Facharztstandard gebotenen, vollständig und korrekt erhobenen Befunde vorwerfbar falsch interpretiert (und deshalb nicht die aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs objektiv gebotenen - therapeutischen oder diagnostischen - Maßnahmen ergreift).

Ein vorwerfbarer Diagnosefehler liegt insbesondere regelmäßig dann vor, wenn Befunde und Symptome, die für eine bestimmte Erkrankung typisch kennzeichnend sind, vom Arzt unzureichend gewürdigt werden.

Da die Symptome einer Erkrankung nicht immer eindeutig sind und auf die verschiedensten, auch seltenen und/oder fernliegenden Ursachen hinweisen können, begründet allerdings eine objektiv unzutreffende Diagnose als solche noch keinen Behandlungsfehler. Vielmehr liegt nur dann ein Behandlungsfehler vor, wenn die ärztliche Fehleinschätzung gemessen am Facharztstandard vorwerfbar ist. Andernfalls ist die objektiv fehlerhafte Diagnose, dann häufig „Diagnoseirrtum“ genannt, kein Behandlungsfehler. Eine an den Diagnoseirrtum anknüpfende Schadensersatzhaftung des Arztes kommt, da kein Behandlungsfehler vorliegt, nicht in Betracht. Die Annahme eines Diagnoseirrtums setzt aber voraus, dass der Arzt vorher, um sich eine ausreichende Basis für die Einordnung der Krankheitssymptome zu verschaffen, alle nach dem Facharztstandard gebotenen und medizinisch notwendigen Befunde korrekt erhoben und alle erforderlichen Untersuchungen ordnungsgemäß durchgeführt hat. Sofern schon die Befunde unvollständig erhoben wurden, handelt es sich nicht um einen Diagnose- sondern um einen Befunderhebungsfehler, was haftungsrechtlich wegen der Beweislastumkehr hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität zu Lasten der Behandlungsseite im Falle eines qualifizierten Befunderhebungsfehlers (§ 630 h Absatz 5 Satz 2 BGB) einen entscheidenden Unterschied ausmachen kann.

Ein Diagnosefehler wird zu einem groben Behandlungsfehler (grobem Diagnosefehler), wenn der Arzt so eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstößt, dass der Behandlungsfehler aus objektiver Sicht als nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem ordnungsgemäß arbeitenden Facharzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Der Grad der Gefährlichkeit des Diagnosefehlers für Leib und Leben des Patienten ist bei der Bewertung als grob fehlerhaft von wesentlicher Bedeutung. Es kommt dann, sofern der grobe Diagnosefehler grundsätzlich geeignet ist, den geltend gemachten Gesundheitsschaden zu verursachen, gemäß § 630 h Abs. 5 Satz 1 BGB zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität zu Lasten der Behandlungsseite dahingehend, dass diese beweisen muss, dass der ihr zur Last fallende grobe Diagnosefehler für den vom Patienten geltend gemachten gesundheitlichen Primärschaden nicht auch nur mitursächlich geworden ist. Die Behandlungsseite wird diesen Beweis, da ein komplexes multifaktorielles, individuell geprägtes körperliches Geschehen zur Beurteilung steht, meist nicht führen können.

Fälle, in im Gutachterverfahren ein Diagnosefehler, Diagnoseirrtum oder ein grober Behandlungsfehler angenommen wurden

- a. Scherer/Fischer**
Fehleinschätzung hinsichtlich einer früh-postoperativen Infektion nach Arthroskopie und Plattenosteosynthese.
- b. Scherer/Fischer**
Fehlinterpretation intra- und postoperativer Röntgenkontrollen
- c. Pratschke/Ramm**
Erblindung nach unzureichender Differentialdiagnostik und mangelnder interdisziplinärer Kommunikation bei der Behandlung eines Opticusscheidenmeningeoms
- d. Pratschke/Fischer**
Verzögerte Diagnosestellung eines hepatozellulären Carcinoms durch Diagnosefehler bei der Beurteilung einer MRT bei posthepatitischer Leberzirrhose.
- e. Hoffmann/Aubele**
Fehlerhafte Diagnose einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und dadurch fehlende Operationsindikation

Fehleinschätzung hinsichtlich einer früh-postoperativen Infektion nach Arthroskopie und Plattenosteosynthese.

Scherer/Fischer

Sachverhalt

Die Antragstellerin (AS) zog sich bei einem Sturz auf das linke Handgelenk eine dislozierte, intraartikuläre Radiusfraktur links zu, die nach radiologischer Untersuchung am Unfalltag mit einer Bandage immobilisiert wurde. Bei der Vorstellung beim Antragsgegner (AG) 5 Tage später wurde mit einer auswärtig erstellten CT die Verletzung als OP-Indikation eingestuft: grobe Stufe im Radiocarpalgelenk, relativer Ulna-Vorschub, erweiterte Skapholunare-Distanz, fortgeschrittene Arthrose der STT Gelenke mit Subluxationsstellung des Metacarpale. Es erfolgte eine stationäre Aufnahme und operative Versorgung mit arthroskopischem Débridement einer TFCC Läsion sowie palmarer Plattenosteosynthese des linken Radius 6 Tage nach dem Trauma. Eine geplante Wiedervorstellung beim AG am 4. postoperativen (p.op.) Tag wurde von der AS nicht wahrgenommen.

Am 7. p.op. Tag stellte sich die AS mit klinischen Zeichen einer tiefen Infektion wieder vor. Die Notfallopération an diesem Tag umfasste eine Arthroskopie und Entnahme von mikrobiologischen Proben, dann Neurolyse des Nervus medianus, Metallentfernung, ausgedehntes Débridement und Drainageeinlage. Second look 4 Tage später, wiederum Débridement, Denervierung, Synovektomie und Neurolyse eines Hautastes des Nervus radialis. Die Entlassung erfolgte unter oraler Antibiose.

Bei der ambulanten Wiedervorstellung am 15. Tag nach der letzten Revision wurde eine Mazeration und Hautnekrose streckseitig in einer Ausdehnung von 40 x 60 mm gesehen, die sich eine Woche später demarkiert hatte.

Radiologisch zeigte sich eine grobe Redislokation der Fraktur und führte zur Vorstellung für eine plastisch-chirurgische Versorgung beim Maximalversorger. Im Rahmen des dortigen stationären Aufenthaltes erfolgte eine zweizeitige Sanierung der Nekrose (120 x 60 mm) mit Tenolyse, Débridement, Vakuumtherapie

und sekundärer Defektdeckung mit freiem Gracilis-Lappen und Hauttransplantation.

Knapp vier Wochen später wurde bei persistierender grober Fehlstellung und weiter bestehender Wundheilungsstörung eine offene Reposition und interne Fixierung der Mehrfragmentfraktur des distalen Radius links mittels K-Drähten und eine großflächige lokale Dehnungsplastik zum Wundverschluss durchgeführt. Bei der Kontrolle 4 Monate nach dem Trauma war in der CT die vollständige Zerstörung des distalen Radius und Redislokation der Fraktur, insbesondere der ulnaren Schlüsselfragmente zu sehen, neben der Daumensattelgelenksarthrose eine weit fortgeschrittene STT- und mediocarpale-Arthrose. Als einzige therapeutische operative Option wurde eine Handgelenks-Arthrodesse empfohlen.

Antragsbegehren

Die Hand sei nicht von Nekrosen gesäubert und von Seiten der Wundbehandlung nicht fachgerecht behandelt worden. Dadurch seien weitere Komplikationen und Folgeoperationen entstanden. Als Gesundheitsschaden führt die AS unter anderem an, dass sie Pflegegrad 2 habe, die Hand nur für grobmotorische Tätigkeiten nutzen könne und sie ständige Schmerzen sowie eine Verstärkung ihrer Depressions-Symptome aufweise.

III. Beweisaufnahme und Bewertung

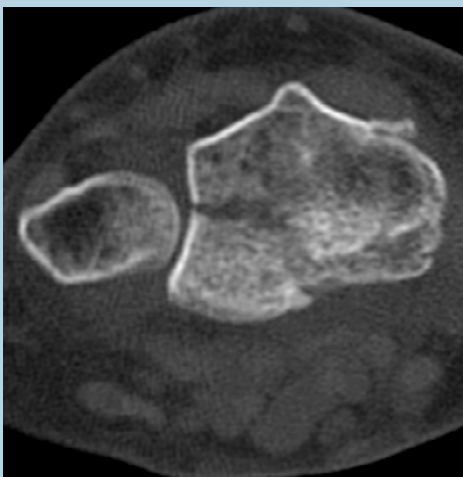
Die operative Primärversorgung der Fraktur und die Entstehung der Infektion werden richtigerweise nicht als fehlerhaft angeschuldigt, es handelt sich um das schicksalhafte, wenn auch seltene Auftreten einer aufgeklärten Komplikation.

Die Verzögerung der operativen Behandlung des postoperativen Infektes um 3 Tage ist nach den Unterlagen dem Verschulden der Patientin zuzuschreiben. Die AS beklagt eine falsche, nicht dokumentierte und nicht sachgerechte Wundbehandlung der Wundheilungsstörungen am Handrücken, was auf dem Boden der vorliegenden Unterlagen unrichtig ist. Auch der Notfallzeitpunkt der Revisionsoperation ist unstrittig. Die Therapie der Frühinfektion war von Seiten des Infektionsgeschehens erfolgreich. In Bezug auf die Entwicklung und Therapie einer Hautnekrose nach zweizeitiger Notoperation nach Frühinfektion, also im Sinne des Antragsbegehrens der AS, liegt kein ärztlicher Behandlungsfehler vor.

In der Metallentfernung ohne weitere Retention der Mehrfragmentfraktur liegt aber eine schwerwiegende Fehleinschätzung des AG hinsichtlich einer frühpostoperativen Infektion nach Ar-

throskopie und Plattenosteosynthese vor (Diagnosefehler). Nach einhelliger Meinung der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese (AO) und einer internationalen Konsensusgruppe zur Behandlung der postoperativen Infektion in der Frakturbehandlung, gibt es bei dieser Konstellation am 8. postoperativen Tag keinen Unterschied zwischen oberflächlicher und tiefer Infektion, so dass ein Keimnachweis im Operationszugang palmar und am Plattenlager per Definition eine Infektion sämtlicher damit in Verbindung stehender Kompartimente, also auch der Fraktur, der avitalen Frakturfragmente, des Radiocarpalgelenks, der Carpalgelenke, des dorsalen Zugangs und sämtlicher im Rahmen der Zugänge eröffneter Gleitflächen beinhaltet.

Ist aufgrund der lokalen Situation eine Implantatentfernung vor Konsolidierung der Fraktur in den Augen des Operators erforderlich, dann ist ein Verfahrenswechsel wie eine externe Fixie-



praeoperative CT, obere Reihe von links nach rechts drei coronare Schichten, unten ein sagittales und ein axiales Schnittbild

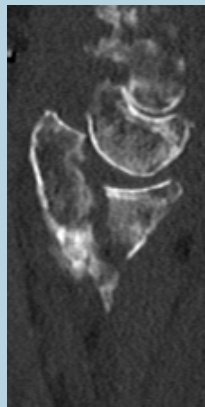
rung (Fixateur externe) unabdingbar. Sonst resultiert – wie in diesem Fall – aus der mehrzeitigen Sanierung der Infektion ein zerstörtes, nicht mehr funktionsfähiges, nur noch durch eine Gelenksversteifung (Arthrodesen) zu behandelndes Gelenk (weiterer Behandlungsfehler).

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen ist daher zu der abschließenden Auffassung gekommen, dass eine fehlerhafte ärztliche Behandlung durch den Antragsgegner nach einer Fehleinschätzung / Diagnosefehler vorliegt.

Konventionelle Röntgenaufnahmen zwei Monate nach dem Trauma



CT zwei Monate nach dem Trauma



Nach nicht erfolgreicher Revisionsosteosynthese und Metallentfernung vier Monate nach dem Trauma



Infektionen nach Osteosynthesen erfordern ein entschlossenes kompromisloses Handeln in Diagnostik und Therapie zur Erhaltung der Funktionalität der betroffenen Extremität.

Fehlinterpretation intra- und postoperativer Röntgenkontrollen

Scherer/Fischer

Sachverhalt

Der Antragsteller (AS) erlitt auf Grund eines Fahrradsturzes einen Verrenkungsbruch der rechten Schulter mit knöcherner Bankart-Läsion und Hill-Sachs-Delle. Noch im Röntgen wurde eine primäre Reposition durchgeführt, bei instabiler Situation ereignete sich eine neuerliche Luxation, nach weiterer Reposition ergab sich eine regelrechte Artikulation.

Am 3. Tag nach dem Unfall erfolgte nach CT-Diagnostik die operative Versorgung der rechten Schulter mit einer offenen Bankart-Osteosynthese durch eine isolierte Schraube und Kapselshift. Am 7. postoperativen (p.op.) Tag wurde der AS entlassen und kam anschließend zu einer 6-wöchigen stationären Rehabilitation. Die ambulante klinische Kontrolle mit Ultraschall 2 Monate p.op. ergab den Verdacht auf eine Schraubenfehlage. Nach konsekutiver diagnostischer Sicherung der Fehllage durch eine CT wurde 3 Monate p.op. die Metallentfernung und eine Implantation einer Oberflächenersatzprothese am rechten Humeruskopf durchgeführt.

Antragsbegehren

Der AS wirft den AG vor, dass bei der Operation eine Schraube fehlpозионiert worden sei. Weil dies zu einer Schädigung der gegenüberliegenden Schulterkugel geführt habe, sei ihm zu einer sofortigen Revisionsoperation geraten worden. Er leide unter anhaltenden Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Schultergelenk.

Beweisaufnahme und Bewertung

Das Auftreten einer Schraubenfehlage bei der operativen Versorgung einer Schultergelenksluxationsfraktur stellt prinzipiell eine aufgeklärte Komplikation dar. Es geht dabei um eine technisch schwierige Operation, die in niedriger Frequenz durchgeführt wird. Allerdings handelt es sich in diesem Fall um einen Diagnosefehler: Konventionell radiologisch stellt sich postoperativ (p.op.)

die Schraubenfehlage unzweifelhaft dar: in den Detailaufnahmen überragt die Schraube den Glenoidrand und das Bankart-Fragment eindeutig, wobei die axiale Aufnahme eine Fehlpositionierung auch hinsichtlich des Fragmentes, also nicht nur nach intraartikulär, nahelegt. Ein vollständig im Knochen versenktes oder ihm anliegendes Implantat kann in keiner Röntgeneinstellung so frei projiziert werden, dass es vom Knochen absteht. Die Schraube kann das Knochenfragment nur dann mechanisch stabil fassen, wenn der Kopf der Kortikalis anliegt, sonst sind Rotationsbewegungen und damit eine Lockerung vorprogrammiert. Ein knöchernes Bankart-Fragment ist außerdem mit einer isolierten Schraube kaum rotationsstabil zu verankern. Auf der postoperativen Röntgenaufnahme bricht der Glenoidrand nach der Hälfte ab, das Fragment kann also nicht anatomisch wiederhergestellt worden sein.

Der befundende Radiologe schreibt zur postoperativen Aufnahme: „...ergänzendes CT ist indiziert.“ Diese Ausführung ist nicht beachtet worden.

Wäre die postoperative Röntgenaufnahme richtig interpretiert worden, hätte das eine postoperative CT-Untersuchung und frühe Revision während des stationären Aufenthaltes bedingt. Eine Schädigung des Oberarmkopfes im vorliegenden Ausmaß wäre sicher vermieden worden. Die knöcherne Arrosion des Humeruskopfes ist durch den Schraubenkopf erfolgt. Damit ist der Schaden kausal der Fehlpositionierung der Schraube und der Fehlinterpretation der Röntgenbilder dem AG anzulasten.

Der entstandene Gesundheitsschaden mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im verletzten und operativ revidierten Schultergelenk ist nach Schultergelenksluxationsfraktur allerdings zum Teil krankheitsimmanent: Auch ohne Komplikation wird bei Betrachtung des Durchschnittsergebnisses aller operativ versorgten Patienten keine Ausheilung erreicht, es verbleibt regelmäßigein Ausheilungsdefizit zur unverletzten Schulter.

Zusammenfassend ist die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Auffassung, dass zwar eine nicht ausreichende Fixierung des Glenoid-Fragmentes mit nur einer Schraube vorliegt. Kausal für

den geltend gemachten Gesundheitsschaden ist allerdings der intra- und postoperativ nicht bemerkte Überstand des Schraubenkopfes und somit ein Diagnosefehler.



Bei gelenknaher Einbringung von Implantaten ist eine intra-artikuläre Lage obligat schon intraoperativ, spätestens jedoch unmittelbar postoperativ auszuschließen und zu dokumentieren.

Erblindung nach unzureichender Differentialdiagnostik und mangelnder interdisziplinärer Kommunikation bei der Behandlung eines Opticusscheidenmeningeoms Pratschke/Ramm

Sachverhalt

Die Antragstellerin (AS) wurde wegen einer Visusverschlechterung des rechten Auges von ihrem behandelnden Neurologen zur MRT-Diagnostik des rechten Sehnervs den Antragsgegnern (AG), Radiologen einer Gemeinschaftspraxis, überwiesen. Sowohl bei dieser MRT als auch bei den Kontroll-MRTs zwei und acht Monate später wurde die Diagnose einer Entzündung des Sehnervs (Opticusneuritis) gestellt. Die klinische Behandlung/Betreuung erfolgte fachneurologisch, augenärztlich und in einer Klinik für traditionelle chinesische Medizin (TCM). Nach einer anfänglichen Visusverbesserung kam es 3 Jahre später zu einer erneuten Verschlechterung der Sehkraft, worauf die Weiterbehandlung führend durch den Augenarzt, ergänzt durch TCM, erfolgte und zu einer Stabilisierung des verbliebenen Sehvermögens führte.

6 Jahre nach der letzten Bildgebung lautete der Befund der neuerlichen MRT der AG „deutlich zunehmende Neuritis und Perineuritis des rechten Nervus opticus“. Dieser Befund wurde

an den Augenarzt adressiert. Nachdem auch eine erneute Stoßtherapie mit Methylprednisolon keinen Erfolg brachte, wurde die AS weitere 2 Jahre später in einer Augen- und neurologischen Klinik der Maximalversorgung vorgestellt. Trotz des zunehmenden Visusverlusts rechts war in den 9 Jahren zuvor eine vertiefte Ursachenabklärung der persistierenden „Neuritis“ des Nervus opticus unterblieben. Dieser Umstand war jedoch, da dieses Verfahren antragstellerseits nur gegen die Radiologen gerichtet wurde, nicht Gegenstand des aktuellen Gutachterverfahrens. In der Augenklinik der Maximalversorgung wurde durch eine MRT die Diagnose eines Opticusscheidenmeningeoms rechts mit Ausdehnung bis in den Orbitatrichter nebst einer Größenzunahme im Vergleich zur letzten MRT gestellt. Die dortigen Neurochirurgen hielten eine so ausgedehnte Tumorresektion für technisch undurchführbar. Deshalb erfolgte eine fraktionierte stereotaktische Strahlentherapie. Dadurch konnte der vollständige Visusverlust rechts jedoch nicht verhindert werden.

Antragsbegehren

Die Antragstellerin wirft den Antragsgegnern vor, das Opticus-scheidenmeningeom nicht schon in der ersten MRT erkannt zu haben. Bei einer früheren Diagnosestellung hätte die vollständige Erblindung des rechten Auges vermieden werden können.

Beweisaufnahme und Bewertung

Der radiologische Gutachter berichtet, dass die ersten MRT Untersuchungen wegen einer Verschlechterung der Sehleistung des rechten Auges auf Überweisung eines Neurologen hin erfolgt sind. Die MRT nach 6-jähriger Pausierung der Bildgebungen wurde als Kontrolle der persistierenden Neuritis des Sehnervens mit Visusverlust von einem Augenarzt angefordert.

In dem ersten MRT-Befund ist eine Sehnervenentzündung beschrieben, die in den beiden Folgeuntersuchungen jeweils bestätigt wurde, eine Diagnose, die sich aus der Sicht ex post als unzutreffend erwies. Differenzialdiagnostisch hätten die AG auf diesen MRT erkennen können, dass es sich um eine (selten) Raumforderung und nicht um eine Sehnervenentzündung handelt. Da die Veränderungen seinerzeit, aus der Sicht ex ante, noch gering ausgeprägt waren, handelte es sich dabei jedoch um eine schwierige Beurteilung, deren Verfehlung, so der Gutachter, noch nicht zweifelsfrei als behandlungsfehlerhaft eingeschätzt werden kann und deshalb von der Kommission als Diagnoseirrtum gewertet wurde.

Dagegen stellt der radiologische Gutachter zu der nach dem 6-jährigen Intervall erfolgten MRT fest, dass diese eine Raumforderung und keine Sehnervenentzündung darstellt. Den Antragsgegnern fällt somit nunmehr ein Diagnosefehler zur Last. Die beweispflichtige Antragstellerin kann jedoch nicht beweisen, dass dieser Diagnosefehler den eingetretenen Gesundheitsschaden, insbesondere die Erblindung auf dem rechten Auge, verursacht hat. Der beauftragte neurochirurgische Sachverständige sollte beurteilen, ob bei einer früheren Diagnosestellung durch die AG der Visusverlust hätte verhindert werden können. Der neurochirurgische Sachverständige hat dargelegt, dass der

Diagnosefehler der Antragsgegner die Antragstellerin um eine etwa 50 % Chance der Besserung oder des Erhalts der Sehkraft des rechten Auges gebracht hat. Der der Antragstellerin obliegende Nachweis der haftungsbegründenden Kausalität wäre jedoch nur geführt, wenn am Ursachenzusammenhang keine nennenswerten Zweifel bestünden, wovon in Anbetracht einer Chance in der Größenordnung von „nur“ 50 % definitiv nicht ausgegangen werden kann.

Nicht erklärlich und auch nicht Gegenstand des hiesigen Gutachterverfahren war die Frage, warum im Intervall die zweifelsfrei notwendige Ursachenabklärung des Visusverlusts (z. B. durch Lumbalpunktion) unterblieben ist.

Eine Umkehr der vorgenannten Beweislast zu Gunsten der Antragstellerin gemäß § 630 h Abs. 5 Satz 2 BGB wegen eines qualifizierten Befunderhebungsfehlers kommt nicht in Betracht, da es sich nicht um einen Befunderhebungsfehler der Radiologen, sondern um einen Diagnosefehler handelt. Ein Diagnosefehler ist anzunehmen, wenn der Arzt, wie hier, die nach medizinischem Standard objektiv erforderlichen Befunde zwar sämtlich erhoben hat, diese aber (vorwerfbar) fehlinterpretiert. Es ist zu beachten, dass ein Diagnosefehler im vorgenannten Sinn nicht dadurch zu einem Befunderhebungsfehler wird, dass bei objektiv zutreffender Diagnosestellung noch weitere Befunde zu erheben gewesen wären. Ein Befunderhebungsfehler wäre dagegen nur anzunehmen gewesen, weil es dann im Kern nicht um die Fehlinterpretation von Befunden, sondern um deren Nichterhebung ginge, wenn es, wie hier gerade nicht, zu einer Fehldiagnose kommt, weil der Arzt nach medizinischem Standard objektiv gebotene Untersuchungen unterlässt, er also auf unzureichender Basis vorschnell zu einer Diagnose gelangt.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen ist zu der abschließenden Auffassung gekommen, dass zu Beginn ein Diagnoseirrtum der Radiologen, aber nach 6-jährigen Intervall der Bildgebung ein Diagnosefehler der Antragsgegner vorlag. Wie dargelegt kann die Antragstellerin jedoch nicht beweisen, dass dieser Diagnosefehler der Antragsgegner ihren Gesundheitsschaden, Erblindung auf dem rechten Auge, verursacht hat.



Bei persistierenden klinischen Krankheitssymptomen ohne Besserung sollte die Überprüfung der Arbeitsdiagnose, insbesondere wenn differentialdiagnostisch ernste Erkrankungen in Betracht kommen, zeitnah erfolgen.

Verzögerte Diagnosestellung eines hepatozellulären Carcinoms durch Diagnosefehler bei der Beurteilung einer MRT bei posthepatitischer Leberzirrhose.

Pratschke/Fischer

I. Sachverhalt

Beim Antragsteller (AS) war es nach einer Hepatitis-C-Infektion zu einer Virus-assoziierten Leberzirrhose gekommen. Wegen des dadurch erhöhten Risikos der Entwicklung eines hepatozellulären Carcinoms (HCC) unterzog sich der AS jährlichen MRT-Untersuchungen. Im Befund der vorliegenden ersten MRT-Untersuchung fünf Jahre vor der Diagnosestellung wurde eine Leberzirrhose mit Aszites ohne suspekte Raumforderungen und ohne Pfortaderverschluss beschrieben. 2 Jahre später wurde neben der Leberzirrhose ein signalreicher Knoten im linken Leberlappen als Regenerat-Knoten beschrieben, der auch schon in der Voruntersuchung zu sehen gewesen sei. Neu aufgetreten war ein Pfortaderverschluss. Das Vorliegen eines HCC wurde verneint, ebenso bei den MRT-Verlaufskontrollen weitere 2 und 2 1/2 Jahre später bei unverändertem „Regeneratknoten“ im linken Leberlappen. Wiederum 1 Jahr später nach einem Anstieg des für das HCC spezifischen Tumormarkers Alpha-Fetoprotein (AFP) wurde im MRT durch die verbesserte Darstellung des Kontrastmittelverhaltens die Diagnose eines HCC mit 2 Herden - der bekannte Herd im Segment 3 des linken Leberlappens und ein weiterer Herd im Segment 6 des rechten Leberlappens - gestellt. Beide Karzinomherde wurden direkt mittels einer interstitiellen Brachytherapie erfolgreich behandelt.

Antragsbegehren

Der AS vermutet und wirft dem AG vor, dass der im linken Leberlappen liegende Herd in den beiden MRTs 1 Jahr vor der Diagnosestellung des HCC fehlerhaft als Regeneratknoten bezeichnet wurde, obwohl schon ein Karzinomherd vorlag. Dadurch sei die dringliche Therapie verzögert worden.

Beweisaufnahme und Bewertung

Dem externen Gutachter lagen 6 MRT-Untersuchungen der Leber des AS aus den 5 Jahren bis zur Diagnosestellung vor, die alle beim AG erfolgten. Beim AS lag eine Virus-assoziierte (Hepatitis C) Lebererkrankung mit einer Zirrhose und dem erhöhten Risiko der Entwicklung eines HCC vor. Die MRT mit Kontrastmittel ist in dieser Situation das geeignete Verfahren, um ein HCC nachzuweisen. Der Gutachter stellt fest, dass schon die MRT-Untersuchungen in den ersten 4 der 5 Jahre bis zu Diagnosestellung Signale in den T1-gewichteten Sequenzen im linksseitigen Leberherd vor Kontrastmittelgabe aufwiesen, die differentialdiagnostisch ein Regeneratknoten (gutartig), ein dysplastischer Knoten (Krebsvorstufe) als auch ein HCC sein konnten, aber vom AG als Regeneratknoten gedeutet wurden. Entscheidend für die Differenzierung im Übergang von gut- zu bösartig, so der Gutachter, ist das sog. „Wash-out Phänomen“, wobei nach Gabe von Kontrastmittel dieses beim Vorliegen eines HCC schneller ausgewaschen wird als aus dem umgebenden Lebergewebe. High-grade dysplastische Knoten verhalten sich als Vorstufe des HCC ähnlich, woraus der Gutachter folgert, dass aus den ihm vorliegenden MRT-Befunden die Diagnose eines HCC 11 Monate früher hätte gestellt werden können.

Zur Frage des Behandlungsfehlers führt der Gutachter aus, dass sowohl der seit 5 Jahren beschriebene linksseitige Knoten als auch der 4 Jahre später nachweisbare aber erst ein weiteres Jahr später beschriebene rechtsseitige Knoten schon ein Jahr vor der definitiven Diagnosestellung die Kriterien zumindest eines dysplastischen Knoten erfüllten. Dadurch liegt für den Gutachter ein Diagnosefehler für die 1 Jahr vor Diagnosestellung erfolgte Untersuchung vor.

Dadurch wurde die Diagnose eines HCC verspätet gestellt und die interstitielle Brachytherapie verzögert (11 Monate) durchgeführt. Ob der verzögerte Therapiebeginn den weiteren Krankheitsverlauf negativ beeinflussen wird, lässt sich mit dem Gutachterverfahren nicht klären.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen kommt nach eigenem Studium der Patientenunterlagen und der

gutachterlichen Ausführungen zu der abschließenden Feststellung, dass zwar ein Diagnosefehler durch die verzögerte Diagnosestellung vorliegt, ein dadurch verursachter Schaden aber nicht nachweisbar ist.



Bei Patienten mit einer Leberzirrhose gleich welcher Genese sind regelmäßige Kontrollen durch Sonographie bzw. Kontrastmittel-MRT und die Bestimmung des alpha-Fetoproteins durchzuführen.

Fehlerhafte Diagnose einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und dadurch fehlende Operationsindikation

Hoffmann/Aubele

I. Sachverhalt

Die Antragstellerin (AS) stellte sich mit Schmerzen und einer Schwellung mit Verfärbungen an beiden Sprunggelenken ohne Trauma beim dem gefäßchirurgischen Antragsgegner (AG) vor. Klinisch zeigten sich bei vorbestehender Varikose Ödeme und trophische Störungen an beiden Füßen und Unterschenkeln. Anamnestisch lag eine Einschränkung der Gehstrecke vor. An Vorerkrankungen waren u.a. ein Z. n. Anlage eines iliacofemorale Bypasses rechts, ein Z. n. Hüft-TEP links sowie ein Z. n. Implantation einer OSG-TEP rechts bekannt. Außerdem waren bei der AS multiple LWS-Operationen, u.a. eine Dekompression bei Spinalkanalstenose sowie eine erweiterte interlaminäre Fensterung mit Foraminotomien bei Claudicatio spinalis linksseitig vorgenommen worden.

Der AG führte eine Duplexsonographie der Beinarterien durch, wobei links über der A. tibialis anterior keine biphasischen Signale ableitbar waren. Der AG diagnostizierte eine periphere AVK beider Beine Stadium IV. Die MR-Angiographie des Beckens und der Beine zeigte links distal eine im wesentlichen fehlende A. tibialis anterior. Bei der darauffolgenden Wiedervorstellung beim AG gab die AS linksbetonte Beinbeschwerden mit Ruheschmerzen an und der AG stellte die Indikation für eine Revascularisation des linken Beins.

Der AG führte eine antegrade perkutane Digitale Subtraktionsangiographie (DSA) transfemorale links mit Rotationsatherektomie des Truncus tibiofibularis und der A. tibialis anterior langstreckig

links sowie eine Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) von Truncus und A. tibialis anterior durch. Dabei wurde eine Abgangsstenose der A. tibialis anterior am Truncus sowie ein 10 cm langer Verschluss letzterer im mittleren Bereich diagnostiziert. Nach Rekanalisierung des langstreckigen Verschlusses bis in den distalen Bereich ließ sich der Draht nicht weiter vorschieben und es wurde eine AV-Fistel festgestellt. Es entwickelte sich ein Paravasat im anterioren mittleren Unterschenkel.

Postoperativ fielen Schmerzen, Schwellung und Rötung am ventralen Unterschenkel im Sinne eines Hämatomes sowie eine Einschränkung der Zehenhebung bei intakter Sensibilität auf. Nach partieller Besserung der Symptome einschließlich der Zehenhebung wurde die AS entlassen.

In der Nachsorge wurde ein Reperusionsödem am linken Unterschenkel diagnostiziert. Zusätzlich gab die AS gelegentliche Schmerzen im Zehenbereich beidseits an. Die Beweglichkeit der linken Großzehe wurde als gebessert bewertet.

Bei einer erneuten Untersuchung durch einen anderen Arzt wurde eine Peroneusteilparese mit Einschränkung der Zehenhebung und nahezu aufgehobener Fußhebung diagnostiziert. Röntgenaufnahmen von Sprunggelenk und Fuß links zeigten einen metallischen Fremdkörper, etwa 2 cm lang, an dem noch der dünne Rückzugsdraht bis zur distalen Tibia hing.

Bei zunehmender Schwellung und Spannungsgefühl der linken Wade sowie einer Sensibilitätsminderung am linken Fuß wurde in einem anderen Krankenhaus eine CT-Angiographie mit folgendem Befund durchgeführt: V. a. Aneurysma spurium am linken Unterschenkel, gespeist von der A. tibialis anterior und V. a. intravasale Drahtfragmente im linken Unterschenkel sowie ein unklarer Fremdkörper im kleinen Becken. Daraufhin wurde in einer Revisionsoperation das Hämatom ausgeräumt, der Aneurysmasack entfernt, das Gefäß vernäht und abschließend eine crurale Fasziotomie am lateralen Unterschenkel mit Schwamm-Einlage vorgenommen. Der Befund wurde durch eine intraoperative Angiographie dokumentiert.

Der postoperativ hinzugezogene Neurologe diagnostizierte eine ausgeprägte Fuß- und Zehenheberparese links mit Hypästhesie im Innervationsgebiet der Nn. peroneus superficialis und profundus, mutmaßlich im Rahmen eines Kompartmentsyndroms der vorderen Unterschenkellogie mit Läsion des N. peroneus.

Der Fremdkörper am linken Fuß wurde nach Nutzen-Risiko-Abwägung in situ belassen.

II. Antragsbegehren

Die AS beklagt unter anderem, dass der AG den gefäßchirurgischen Eingriff fehlerhaft durchgeführt habe. Insbesondere sei es dabei zu einer Gefäßverletzung mit Kontrastmittelaustritt gekommen. Außerdem seien dabei Fremdkörper – ein Teil des Rückholfadens in der Wade und ein Stück des Führungsdrahtes im Fuß – im Unterschenkel belassen worden.

Dieser Behandlungsfehler habe zu einer Fußhebeschwäche und zu Sensibilitätsstörungen des Fußes und aller Zehen, besonders der großen Zehe geführt.

Beweisaufnahme und Bewertung

Der gefäßchirurgische Gutachter kommt in seiner Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass anhand der dokumentierten Befunde eine periphere arterielle Verschlusskrankheit Grad IV nicht vorgelegen hat. Aufgrund der dokumentierten Beschwerdesymptomatik, der nicht vorhandenen Ruheschmerzen der Antragstellerin, einer schmerzfreien Gehstrecke von ca. 500 m, einer nicht eingengten, arteriellen Gefäßachse bis zum Sprunggelenk über die Arteria tibialis posterior und die Arteria fibularis sowie des dopplersonographischen Untersuchungsbefundes stellt der Gutachter fest, dass es sich am linken Bein um ein Stadium II a der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit handelte. Des Weiteren stellt der Gutachter fest, dass zur Beurteilung der Claudicatio Beschwerden der Antragstellerin die neurologische Vorgeschichte mit mehrfachen Eingriffen an der Wirbelsäule differenzialdiagnostisch hätte berücksichtigt werden müssen. Die Diagnose periphere arterielle Verschlusskrankheit Stadium IV, welche ausschlaggebend für die Operationsindikation war, konnte anhand der vorliegenden Befunde nicht nachvollzogen werden. Hierin liegt ein Diagnosefehler vor, da die nach dem Facharztstandard gebotenen und auch erhobenen Befunde falsch interpretiert wurden. Dieser Diagnosefehler ist im Sinne eines Behandlungsfehlers vorwerfbar, da Befunde und Symptome, die für eine bestimmte Erkrankung typisch und kennzeichnend sind, vom Arzt fehlinterpretiert wurden.

Bezüglich der Indikation zur Revaskularisation stellt der Gutachter fest, dass diese nur bei Vorliegen einer schwerwiegenden Durch-

blutungsstörung des Beines gegeben ist. Die dokumentierten Ergebnisse der Ultraschalluntersuchung, der MR-Angiographie vor der Intervention und der CT-Angiographie nach der Intervention belegen diese schwerwiegende Durchblutungsstörung gerade nicht. Aufgrund der vorliegenden Befunde bestand somit keine Operationsindikation.

Ein diagnostischer oder therapeutischer Eingriff, der medizinisch nicht indiziert ist, ist grundsätzlich behandlungsfehlerhaft, auch wenn er sorgfältig durchgeführt wird.

Postoperativ entwickelte sich eine Parese des Nervus peroneus profundus. Die während des interventionellen Eingriffs eingetretene Verletzung der Gefäßwand sowie die unmittelbar postoperativ aufgetretenen Symptome der Peroneus-Parese weisen darauf hin, dass diese Nervenschädigung als Komplikation der Intervention zu bewerten ist.

Auch wenn diese Nervenverletzung eine eingriffsimmanente, mögliche Komplikation darstellt und nicht auf eine fehlerhafte ärztliche Behandlung zurückzuführen ist, hätte die klinische

Symptomatik dieser Nervenverletzung in Kenntnis der interventionellen Komplikation eine sofortige gezielte Diagnostik erfordert. Eine dementsprechende Befunderhebung ist unterblieben.

Die Kommission bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen kommt nach eigenem Studium der Patientenunterlagen und der gutachterlichen Ausführungen zu dem abschließenden Ergebnis, dass auf Grund vorwerfbar falscher Diagnose behandlungsfehlerhaft eine Operationsindikation gestellt wurde. Des Weiteren wurde die direkt postoperativ aufgetretene Parese des Nervus peroneus profundus nicht untersucht, worin ein Befunderhebungsfehler liegt, durch den eine mögliche Therapie verhindert wurde. Ein ärztlicher Behandlungsfehler liegt in diesen Fällen jeweils vor. Die postoperativen Komplikationen einschließlich der Revisionsoperationen wären ohne den interventionellen Eingriff nicht aufgetreten.



Gefäßeingriffe bedürfen einer klaren Indikation, welche ohne korrekte Diagnose nicht zu stellen ist. Andernfalls ist das Risiko einer postoperativen Verschlechterung gegeben. Postoperative Komplikationen müssen bezüglich Ursache hinterfragt und adäquat therapiert werden