



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand April 2011

- 4. Medizinrecht
- 4.2. Allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
- 4.2.1. Das nicht erkannte Mammakarzinom

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGOG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR)

Das nicht erkannte Mammakarzinom

AWMF 015/047 (S1)

Inhalt

1. Einleitung
2. Das diagnostische Prüfraster im Spiegel der bisherigen Rechtsprechung
3. Mitwirkung der Patientin
4. Arbeitsteilung
5. Dokumentation

1. Einleitung¹

Seit Jahren beobachten große Haftpflicht-Versicherungsgesellschaften, dass mittlerweile der Vorwurf der fehlerhaften Diagnostik von Mammakarzinomen bei Gynäkologen (außer Geburtshilfe) mit weitem Abstand an erster Stelle der Schadenersatzanmeldungen¹ steht. Die Einzelanalyse der angemeldeten Fälle ergab für die früheren Jahre ein deutliches Überwiegen der „Schwächen“ der Praxisorganisation, der Kommunikation mit anderen Fachgruppen, der Interpretation von Befunden gegenüber der sogenannten klassischen „mammographischen Fehldiagnose“, d.h. Fehlinterpretation der bildgebenden Diagnostik.

In der Rechtsprechung findet man im wesentlichen folgende Fallgruppen:

- Es wird zunächst ein eher als gutartig einzustufender Befund festgestellt und eine kurzfristige Kontrolle empfohlen. Die Patientin erscheint jedoch nicht. Monate später stellt sie selbst einen Knoten in der Brust fest.
- Der Arzt erklärt, er habe deutliche Warnhinweise gegeben und eine engmaschige Kontrolle empfohlen. Die Patientin sagt später, er habe alles bagatellisiert.
- Die Patientin sagt, sie habe den Arzt immer wieder auf tastbare Knoten in ihrer Brust hingewiesen. Der Arzt erwidert, die Thematik sei nur einmal angesprochen und anschließend abgeklärt worden.

¹ Wenn in diesem Text die männliche Person („der Arzt“) genannt ist, gilt dies gleichermaßen für „die Ärztin“.

4.2.1. Das nicht erkannte Mammakarzinom

- Die durchgeführte Mammographie war unauffällig; dennoch wird neun Monate später ein pathologischer Befund erhoben.

Dies deckt sich mit einer Analyse von Fällen bei den Gutachterkommissionen, wobei Sorgfaltsmängel hauptsächlich folgende Gebiete betrafen:

- unzureichende Palpation der Brüste;
- Unterlassung indizierter Mammographien;
- Versäumnisse weiterer diagnostischer Maßnahmen bis hin zur Gewebeentnahme zur histologischen Klärung der Dignität tastbarer Knoten;
- Mängel bei der Unterrichtung über die Notwendigkeit bzw. Dringlichkeit kurzfristiger Kontrollen.

Ursachen für den zunehmenden Anstieg der Schadensmeldungen, insbesondere im Bereich der Diagnostik, können nur vermutet werden. Ein Grund mag darin bestehen, dass in den prinzipiell begrüßenswerten Publikationen in der Laienpresse gelegentlich überzogene Erwartungen geweckt werden. Auch renommierte Fachautoren vergessen beim Interview von Fall zu Fall darauf hinzuweisen, dass es auch bei bester Diagnostik keine hundertprozentige Sicherheit gibt. Die Zahl der Fehlinterpretationen von Mammographieaufnahmen kann über Verbesserung der ärztlichen Befundung und technische Qualitätssicherung verringert werden. Programme hierzu werden für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) rechtsverbindlich. Ziel dieser Richtlinien ist es, eine hohe, standardisierte Qualität auf dem Boden der in Europa vereinbarten Qualitätsleitlinien für die Mammographie (European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening) zu erreichen.

2. Das diagnostische Prüfraster im Spiegel der bisherigen Rechtsprechung

Bei der Analyse der bisherigen Rechtsprechung muss man sich vergegenwärtigen, dass viele insbesondere der älteren Judikate nur noch bedingt für heutige Einschätzungen tauglich sind. Das hängt zum einen damit zusammen, dass die apparatetechnische Entwicklung innerhalb der Mammadiagnostik sehr dynamisch verlaufen ist. Zum anderen ist der technische Einsatz der unterschiedlichen Apparate heute wesentlich differenzierter. Grundsätzlich muss bei einem tastbaren Knoten in der Brust so lange untersucht werden, bis der Krebsverdacht entweder bestätigt oder falsifiziert worden ist. Ohne jeglichen Verdacht war der Arzt allerdings nicht verpflichtet, bei einer Frau eine Mammographie durchzuführen oder zu empfehlen. Dies galt trotz zum Teil anders lautenden Empfehlungen der Fachgesellschaften bis in unsere Tage. Im Übrigen ist zu beachten, dass aus Gründen des Strahlenschutzes die Mammographie nach der RÖV grundsätzlich nur bei entsprechender Indikation durchgeführt werden darf. Neben der Indikation aufgrund von Risikofaktoren wie Texturauffälligkeiten, familiäre Vorbelastung, Alter, maligner Vorerkrankungen u. a. m. ist inzwischen anerkannt, dass auch die Diagnostik ohne solche Symptome in bestimmten Fällen, z. B. bei Karzinophobie, eine Indikation für die Mammographie sein kann. Unabhängig davon ist die Mammographie als diagnostische Maßnahme im vor einigen Jahren eingeführten Screening für fünf-

4.2.1. Das nicht erkannte Mammakarzinom

zig- bis neunundsechzigjährige Patientinnen zulässig. Der Arzt darf sich auf das Ergebnis der Mammographie verlassen, wenn keine davon abweichenden klinischen oder anamnestischen Hinweiszeichen verbleiben. Handelt es sich um einen mammographisch unklaren Befund, muss dies jedoch durch eine weiterführende Diagnostik (z.B. Sonographie) abgeklärt werden. Hilft auch dies nicht weiter, müssen invasive Untersuchungsverfahren (z.B. Stanzbiopsie) in Betracht gezogen werden. Allerdings wäre es falsch, aus den vorliegenden Urteilen auf eine Tendenz der Rechtsprechung zur invasiven Diagnostik zu schließen. Weisen alle angewendeten nicht invasiven Diagnosemethoden auf eine gutartige Mastopathie hin und ergibt sich kein Verdacht auf ein Karzinom, kann eine Gewebeuntersuchung unterbleiben. Dieser Grundsatz ist allerdings bei tastbaren Knoten zu relativieren (siehe oben).

3. Mitwirkung der Patientin

Eine sinnvolle Mitwirkung der Patientin setzt eine zutreffende Information durch den Arzt voraus. Hierzu gehört bei Eintreffen eines pathologischen oder verdächtigen Befundes bei der Wiedereinbestellung die Angabe des Zwecks des Arzttermins. Ist in absehbarer Zeit ohnehin ein Termin zur Vorsorge vereinbart, darf sich der Arzt nicht darauf verlassen, die Patientin werde diesen Termin schon wahrnehmen. Da die Patientin bislang noch im unklaren ist, dass ein pathologischer Befund vorliegt, muss sie auf die geänderte Sachlage hingewiesen werden. Erscheint sie dann trotzdem nicht, ist sie je nach Dringlichkeit an einen Kontrolltermin zu erinnern. Vorsorglich sollte dies schriftlich geschehen. Handelt es sich um einen noch nicht gesicherten unklaren Befund, sollte die Wahrnehmung eines Kontrolltermins nicht in das Belieben der Patientin gestellt werden („wenn die Beschwerden nicht nachlassen...“). Vielmehr sind klare zeitliche Vorgaben für die ins Auge gefasste Kontrolle vorzuziehen.

Mitwirkung bedeutet aber auch Eigenverantwortung. Gerade in der Früherkennung des Mammakarzinoms ist es ein immer wieder anzutreffendes Verhaltensmuster, dass die Patientin diese Eigenverantwortung wieder an den betreuenden Arzt redelegieren will. Deshalb sollte ihr bei Vereinbarung des Kontrolltermins auch das Risiko verdeutlicht werden, das sie im Falle einer Verschleppung oder Nichtwahrnehmung dieses Termins selbst zu tragen hat.

4. Arbeitsteilung

In der Mehrheit der Fälle ist im Rahmen der Krebsfrüherkennungsdiagnostik, aber auch bei gezielter Abklärung verdächtiger Befunde, der Frauenarzt derjenige, welcher die Führung und Koordinierung der durchzuführenden Maßnahmen übernimmt. Verfügt der Frauenarzt selbst über die Gesamtheit der im Einzelfalle erforderlichen diagnostischen Möglichkeiten, gestaltet sich die Informationspflicht gegenüber der Patientin einfach. Wenn aber wie in den meisten Fällen die Kooperation mit Vertretern anderer Fachdisziplinen, insbesondere der Radiologie, erforderlich wird, oder aber diejenige mit anderen Fachärzten für Frauenheilkunde beispielsweise zur Durchführung einer qualifizierten Mammasonographie, besteht eine horizontale Arbeitsteilung mit mutuellen Pflichten sowohl in der Durchführung der zu treffenden Maßnahmen, als auch der Information.

4.2.1. Das nicht erkannte Mammakarzinom

Im Allgemeinen darf sich der primär die Patientin betreuende Frauenarzt auf die fachlich ordnungsgemäße Durchführung ergänzender diagnostischer Verfahren z. B. durch den Radiologen verlassen. Er muss keine eigene Überprüfung der erhobenen Befunde vornehmen. Der schriftliche Befund genügt.

Dies gilt allerdings nicht hinsichtlich der Bewertung der Untersuchungsergebnisse und ggf. weiterer zu veranlassender diagnostischer Schritte. Hier ist es die Pflicht des patientenführenden Gynäkologen, in der konkreten Situation die auch grundsätzliche Wertigkeit der angewandten Verfahren zu beurteilen und gegebenenfalls trotz negativen oder unverdächtigen Mammographiebefundes z. B. bei tastbarem Tumor eine histologische Sicherung zu veranlassen. Die Auskunft durch den Radiologen, mammographisch ergäbe sich kein Hinweis auf das Vorliegen eines Malignoms, oder auch der Befundbericht, sonographisch könne kein Anhalt für einen bösartigen Befund der Brust gewonnen werden, stellt nicht etwa eine hinreichende Ausschlussdiagnostik insbesondere bei tastbaren Veränderungen der Brust dar.

Des Weiteren kann der betreuende Frauenarzt nicht davon ausgehen, dass die Ergebnisse der veranlassten Untersuchungen von den jeweilig horizontal beteiligten ärztlichen Kollegen der Patientin direkt mitgeteilt worden sind, es sei denn, eine hiervon abweichende Übung, das heißt Information durch den Radiologen, ist bekannt oder bei ständiger Zusammenarbeit vereinbart, oder der schriftliche Befundbericht enthält – wie dringend zu empfehlen. (s. nachfolgend) – einen entsprechenden Hinweis. Vielmehr ist er gehalten, die Patientin über die aus den Untersuchungsergebnissen resultierenden Schlussfolgerungen zu informieren und dafür Sorge zu tragen, dass im Einzelfall die Fortsetzung der gebotenen Diagnostik erfolgt, bzw. zumindest eine entsprechende Nachricht sicher und nachvollziehbar an die Patientin gelangt. Aus Sicht der beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände ist es allerdings nicht nur wünschenswert, sondern auch zu empfehlen, dass nicht nur der hauptbetreuende Frauenarzt dieser Informationspflicht nachkommt, sondern auch der Radiologe eine eigenständige Information der Patientin aus Sicht seines Gebietes vornimmt. Diese von ihm erfolgte Information der Patientin sollte zur Klarstellung Bestandteil seines schriftlichen Befundes an die überweisende Praxis sein, Allein schon aus Gründen der drohenden Haftung bei nicht ausreichender Diagnostik oder unterlassener Kontrolluntersuchung empfiehlt sich dringend eine schriftliche und den Behandlungsunterlagen eindeutig zu entnehmende Benachrichtigung der Patientin. Alternativ kann man auch an eine telefonische Benachrichtigung mit entsprechender Dokumentation in den Behandlungsunterlagen denken. Inwieweit eine solche Information wiederholt zu ergehen hat, wenn die Patientin den empfohlenen Untersuchungstermin nicht wahrgenommen haben sollte, ist unter Zugrundelegung der einschlägigen Judikatur nicht sicher zu bestimmen. Manche Einrichtungen empfehlen, dass zumindest eine entsprechende Erinnerung nach Verstreichen des vorgegebenen Zeitraumes erfolgt. Auf der anderen Seite dürfen aus rechtlicher Sicht keine überobligationsmäßigen Erinnerungspflichten statuiert werden, wenn ein fester Kontrolltermin vereinbart und der Zweck des Kontrolltermins kommuniziert worden ist.

5. Dokumentation

Gerade im Fall des angeblich nicht oder zu spät erkannten Mammakarzinoms spielt die mangelhafte Dokumentation eine erhebliche Rolle. Die unterlassene oder nur lückenhaft vorgenommene Dokumentation stellt zwar keine eigene Anspruchsgrundlage für Schadensersatz- oder Schmerzensgeldansprüche dar, ein etwaiger Dokumentationsmangel kann jedoch zu Beweiserleichterungen für den Patienten bis hin zur Beweislastumkehr führen. Nicht nur aus therapeutischen und abrechnungstechnischen Aspekten, sondern auch aus forensischen Gründen ist dem Arzt daher dringend zur eigenen Absicherung zu empfehlen, dass z.B. auch

- die Anordnung von Kontrollterminen,
- die zeitliche Vorgabe für einen Kontrolltermin,
- die möglichen Konsequenzen, wenn die Patientin den Termin nicht oder verspätet wahrnimmt,
- die Notwendigkeit der Fortsetzung der gebotenen Diagnostik,
- Erinnerung der Patientin an Folgetermine,
- Stichpunkte zum Patientengespräch etc.

in den Patientenunterlagen dokumentiert werden.

Erarbeitet 2006 von der AG Medizinrecht in Abstimmung mit Dr. Helmut Altland, 1. Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Radiologen e.V. (BDR) sowie RA u. Dipl.Kfm. Udo H. Cramer, Geschäftsführer des BDR.

Publiziert in FRAUENARZT 2006; 47: 555–559.

Überarbeitung im Jahr 2010.

Federführender Autor für die AG Medizinrecht:
Dr. iur. Rudolf Ratzel.
