



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand August 2010

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

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), 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
6. Ausblick
- 6.1. Leitlinien bzw. Qualitätssicherungsprogramme in Erarbeitung
- 6.2. Rechtsverbindliche Bestimmungen für die Mammographie

1. Einleitung

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

Eine Gutachterkommission hat unter Auswertung von 157 Begutachtungsverfahren aus der Zeit ab 1991 mit dem Vorwurf verspäteter Diagnostik eines Mammakarzinoms 89 Behandlungsfehler festgestellt, wobei Sorgfaltsmängel folgende Gebiete betrafen:

- unzureichende Palpation der Brüste,
- Unterlassung indizierter Mammographien,
- Versäumnisse weiterer diagnostischer Maßnahmen bis hin zur Probeexzision zur 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 die Vertragspartner im Bundesmantelvertrag 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 ist¹. Ohne jeglichen Verdacht war der Arzt allerdings nicht verpflichtet, bei einer Frau eine Mammographie durchzuführen oder zu empfehlen². 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 nur bei entsprechender Indikation durchgeführt werden darf. Neben der Indikation aufgrund von Risikofaktoren wie Texturauffälligkeiten, familiäre Vorbelastung, Alter, maligne 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

¹ OLG Hamm, Urt.v. 19. 3. 1997, AHRS 1942/112; hierzu P. Rumler-Detzel, Riskmanagement, Vorgaben durch Gesetz und Rechtsprechung, Gynäkologie 2004, 33, 34ff.

² OLG Hamm, MedR 1994, 281.

Mammographie sein kann³. Unabhängig davon ist die Mammographie als diagnostische Maßnahme im neu eingeführten Screening zulässig⁴. 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 werden⁵. 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 unterbleiben⁶. 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 vorzuziehen⁷. 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.

³ Vgl. Der Radiologe 2000, M 79, M 118; 2003, M 56ff.

⁴ § 25 Abs, 1 RöV sieht die Möglichkeit eines Screenings zur Früherkennung unter strengen Voraussetzungen. Die oberste Landesgesundheitsbehörde muss derartige Vorhaben genehmigen.

⁵ OLG Düsseldorf, VersR 1988, 1297, 1298; OLG München, VersR 1995, 1499, 1500; OLG München, VersR 1998, 588, fehlerhafte Auswertung einer Mammographie durch Gynäkologen und Unterlassung einer Probeexzession; OLG Brandenburg, NJW-RR 1999, 967, zur Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen im Anschluss an eine Mammographie, die gruppierte Mikrokalzifikationen aufzeigt, eine Nachbefundung durch Entnahme und Untersuchung einer Gewebeprobe gegeben ist.

⁶ OLG Zweibrücken, VersR 1991, 427; OLG Jena, VersR 2000, 637.

⁷ OLG Düsseldorf, VersR 2003, 1310ff.

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. 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 veranlassenen Untersuchungen von den jeweilig horizontal beteiligten ärztlichen Kollegen der Patientin direkt mitgeteilt worden sind. 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. 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. 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. Auch hier kann nur empfohlen werden, dass zumindest eine entsprechende Erinnerung nach Verstreichen des vorgegebenen Zeitraumes erfolgt.

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 An-

spruchsgrundlage 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.

6. Ausblick

6.1. Leitlinien bzw. Qualitätssicherungsprogramme in Erarbeitung

a) Das umfangreichste Programm stellt die S3-Leitlinie „Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland“ dar (verabschiedet 2/2002 unter Mitarbeit von 23 medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, ärztlichen Berufsverbänden und nichtärztlichen Organisationen, publiziert 2003, Zuckschwerdt Verlag, München). Hintergrund für die Erarbeitung dieser S3-Leitlinien war die kritische Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation.

- Es bestehen Versorgungsdefizite auf dem Sektor der Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland.
- Gesundheitsziel ist die Etablierung eines qualitätsgesicherten, flächendeckenden und fachübergreifenden Brustkrebsfrüherkennungs- und Versorgungsprogramms.
- Hierzu gehört die Aufklärung der Frauen und eine qualitätsgesicherte Diagnosekette mit Nutzung aller aussagekräftigen, zur Verfügung stehenden Methoden, da die Beschränkung auf die reine Screening-Mammographie nicht die mögliche Effektivitäts- und Qualitätsverbesserung eines umfassenden Früherkennungsprogramms hinreichend nutzt .
- Hinsichtlich Nutzen und Risiken ist der informierten Selbstbestimmung der Frau eine besonders hohe Priorität beizumessen.
- Die sektorübergreifende Kooperation zwischen Klinik und Praxis ist unverzichtbar.
- In Hinblick auf Zeit, Nähe und Kosten der angestrebten Versorgungsverbesserung müssen die etablierten Versorgungsstrukturen genutzt werden.
- Basis jedes Konzeptes muss eine nach den Regularien der Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Medizinische Fachgesellschaften (AWMF) und des ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hoch qualifizierte Stufe-3-Leitlinie sein.
- Eine Umsetzung dieser S3-Leitlinie wurde in den folgenden Bundesländern in die Planung genommen: Bayern, Sachsen, Brandenburg, Schleswig Holstein.

b) Für die Sonographie der Brustdrüse beginnen auf Länder-KV-Ebene Stichprobenprüfungen gemäß Qualitätssicherungsrichtlinien, z.B. in Bayern seit 2004, wobei in der Regel alle zwei Jahre zehn Patienten-Dokumentationen angefordert werden zur Überprüfung der Bilddokumentation und der schriftlichen Dokumentation. Mängel können in extremen Fällen zum Widerruf der Genehmigung führen.

6.2. Rechtsverbindliche Bestimmungen für die Mammographie

a) *1.4.2002: Änderung der Vereinbarung zu Strahlendiagnostik und -therapie (§ 135 Abs. 2 SGB V)*

Diese Bestimmung fordert für die vertragsärztliche Versorgung Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung verbindlich ein, wie z.B.

1. Prüfung zur Erlangung der Abrechnungsgenehmigung und
2. kontrollierte Selbstüberprüfung (in Bayern an einer digitalen Befundungsstation) mit schwierigen 50 Patientenuntersuchungen und Vergleich mit Expertenbeurteilungen, Kontrolle der gesetzlich vorgeschriebenen technischen Konstanzprüfungen sowie Stichprobenprüfungen der ärztlichen Dokumentation durch die KV zur Beurteilung der Befundungs- und Bildqualität.

Bei Nichtbestehen im Wiederholungsfall wird die Zulassung entzogen (Deutsches Ärzteblatt 2002; 99: 886-890).

b) *18.6.2002: Neue Deutsche Röntgenverordnung (rechtsverbindlich für alle Röntgeneinrichtungen)*

Wesentlich § 16: Technische Qualitätssicherung neue Abnahmeprüfung der Mammographieeinrichtungen, Umsetzung der DIN 6868-7 zur technischen Konstanzprüfung zu Beginn 2005, äquivalent zu den Vorgaben des europäischen Protokolls.

c) *15.12.2003: Änderung der „Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Beilage zum Deutschen Ärzteblatt, Heft 4, 23.1.2004)*

Diese Änderung ist die Grundlage für die Einführung eines bundesweiten Mammographie-Screening-Programms für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren nach den europäischen Leitlinien, nachdem zuvor drei Mammographie-Screening-Modellprojekte etabliert waren und das Bayerische Mammographie-Screening-Programm im Sommer 2003 begonnen hat.

Die Vorbereitung und Kontroll-Anforderungen sowie der zeitliche Aufwand für Ärzte und MRTAs gehen deutlich über die Bestimmungen für die so genannte kurative Mammographie hinaus (s.o. 2a), z.B.:

- obligate Doppelbefundung,
- Einführung einer Mindestzahl von Untersuchungen für jeden Arzt,

- Befundung der Screeningmammographieaufnahmen von mindestens 3000 Frauen innerhalb von zwölf Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogrammes unter Supervision,
- anschließend Aufnahmen von 5000 Frauen pro Jahr.

Anmerkungen für den Gutachter

Kausalität und Schaden aus gutachterlicher Sicht

Regelmäßig geht es bei Schadensersatzprozessen wegen eines nicht rechtzeitig entdeckten Mammakarzinoms um die Frage, ob bei früherer Entdeckung ein weniger belastendes Verfahren ausreichend gewesen oder die Lebenserwartung der Patientin höher oder die Lebensqualität besser gewesen wäre. Die Beweislast hierfür betrifft prinzipiell die Anspruchstellerin. Geht es jedoch um eine unterbliebene Befunderhebung, kann nach der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes eine Beweislastumkehr vorgenommen werden. Die Annahme eines groben Behandlungsfehlers ist in diesem Bereich allerdings selten. Auch die Frage der Kausalität ist nicht immer einfach zu klären. Bleibt ein Karzinom zum Beispiel aufgrund eines Behandlungsfehlers acht Monate unbehandelt, muss die Patientin nachweisen, dass infolge des verzögerten Eingriffes ein zusätzlicher Gesundheitsschaden eingetreten ist. Jedoch kann die erhöhte Krebsangst als immaterieller Schaden gewertet werden. In den Fällen, in denen aufgrund eines Fehlers in der gebotenen Diagnostik eine Verzögerung der Therapie als Versäumnis des verantwortlichen Arztes anzusehen ist, muss durch den gerichtlichen Sachverständigen entschieden werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit z. B. eine brusterhaltende Therapie oder der Verzicht auf eine Chemotherapie bei rechtzeitiger Diagnosestellung möglich gewesen wären. Gleichmaßen wird es darauf ankommen, im Einzelfalle den Grad der Prognoseverschlechterung durch Verzögerung der jeweiligen Therapie zu bestimmen. Gerade diese Aufgaben dürften dem gerichtlichen Sachverständigen im Allgemeinen schwer fallen, zumal es sich gerade beim Mammakarzinom um eine Erkrankung handelt, die sich unterschiedlich schnell entwickeln kann, und nur in seltenen Fällen erkennbare diskontinuierlich rasche Entwicklungen stattfinden, wie z.B. eine inflammatorische Ausbreitung. Grundsätzlich wird davon auszugehen sein, dass die Erkrankung mit zunehmendem Bestand fortschreitet und damit grundsätzlich die Frage nach Befundverschlechterung und damit auch Verschlechterung der Prognose zu bejahen ist. Welche Zeiträume allerdings quantitativ als relevant angesehen werden können und ob ggf. quantitative Progressionen qualitative Änderungen der gebotenen therapeutischen Maßnahmen mit sich bringen, wird sich im Einzelfalle auch unter Hinzuziehung der biologischen Tumorparameter nur selten beantworten lassen. Im Allgemeinen wird es hier darauf ankommen, die Schwere des ärztlichen Versäumnisses und damit das Ausmaß des Behandlungsfehlers in die juristische Urteilsbildung einfließen zu lassen, zumal Sachverständige große Schwierigkeiten haben, über die grundsätzliche Feststellung der Befundverschlechterung mit fortschreitender Zeit hinaus auch nur annähernd verlässlich etwa in Prozentzahlen anzugeben, wie sich diese im konkreten Falle darstellt. Beim so genannten groben Behandlungsfehler ist davon auszugehen, dass allein die grundsätzliche Möglichkeit einer günstigeren Therapie und besseren Prognose im Falle früheren Behandlungsbeginnes ausreicht, dem beklagten Arzt eine entsprechende haftungsrechtliche Verantwortung zuzuordnen.

Die Aufgabe des ärztlichen Gutachters

Eine entscheidende Aufgabe bei der Beurteilung möglicher Fehldiagnostik bzw. Fehlbehandlung hat der sachverständige ärztliche Gutachter. Folgenden Fragen muss er besondere Aufmerksamkeit widmen:

1. *Der **zeitorientierte Facharztstandard** ist den diagnostischen Anforderungen und der Bewertung aller dokumentierten Angaben über relevante anamnestiche, klinische, apparative und laborchemische Befunde und daraus gezogene Schlussfolgerungen, Handlungen und Maßnahmen zugrunde zu legen. Der Maßstab wird unter Berücksichtigung der gewachsenen Anforder-*

rungen an Aufklärung der Patientin und Dokumentationsaufgaben im Zeitalter der Existenz von gesetzlich reglementierter Vorsorgeuntersuchung zum Mammakarzinom, einer wachsenden Zahl von Brustkrebszentren, einer S3-Leitlinie und zahlreicher regelmäßig erfolgter Fachinformationen hierzu ein anderer sein als beispielsweise noch vor zehn Jahren. Ein Erfordernis bleibt für den Gutachter, die Beurteilung **stets ex ante** und **nicht ex post** vorzunehmen.

2. Das Ziel eines jeden Gynäkologen muss aus seinen Unterlagen und Entscheidungen erkennbar sein, ein Mammakarzinom und seine behandlungsbedürftigen Vorstufen auch unter Berücksichtigung evtl. genetischer Ursachen so früh wie möglich zu diagnostizieren oder auszuschließen. Hierzu steht ihm eine Vielzahl von Untersuchungsverfahren zur Verfügung, die in der Regel ein interdisziplinäres Management erfordern und eine zeitgerechte Abklärung ermöglichen. Gleiches gilt für die Begutachtung der angewandten Therapiemaßnahmen in ihren einzelnen Schritten der Primär- wie der Rezidiv- bzw. Palliativtherapie in operativer, medikamentöser und strahlentherapeutischer Hinsicht. Für den Gutachter ist unverändert der **Facharztstandard** für die Beurteilung maßgeblich unter Beachtung der zugestandenen Methodenfreiheit der durchgeführten oder unterlassenen Leistungen eines niedergelassenen Facharztes und nicht das Spezialwissen eines ausgewiesenen Experten⁸.
3. Schwierigkeiten ergeben sich für den Gutachter oft bei der **Einschätzung des Zusammenhangs von Fehler und eingetretenem Schaden** unter den Vorwürfen von Sorgfaltspflichtverletzungen, besonders den vermeintlich oder auch tatsächlich ärztlich verursachten Zeitversäumnissen in den diagnostischen und therapeutischen Abläufen. Bei Unkenntnis der individuellen Tumorverdopplungszeit kann bei einer in der Literatur angegebenen Schwankungsbreite von 44 Tagen bis zu fünf Jahren die Konkretisierung der zeitlichen Abläufe kaum gelingen. Damit verbunden werden in der Regel Fragen nach einer verursachten Prognoseverschlechterung durch einen möglicherweise verzögerten oder in der Radikalität veränderten operativen Eingriff. Im Hinblick auf die Beurteilung der weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritte in den verschiedenen Phasen einer Mammakarzinom-Behandlung werden vom Gutachter umfangreiche Spezialkenntnisse erwartet, bei denen der Zeitbezug und die zu differenzierenden Umstände stets zu berücksichtigen sind.

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.

Mitglieder der AG Medizinrecht 2006:

Prof. Dr. D. med. Berg, Amberg, PD Dr. med. Gabriele Bonatz, Bochum, Prof. Dr. med. W. Dudenhausen, Berlin, Prof. Dr. med. W. Geiger, Saarbrücken, RÄ Claudia Halstrick, München, Dr. iur. U. Hamann, Celle, Prof. Dr. med. H. Hepp, München, Prof. Dr. med. E.-J. Hickl, Hamburg, Prof. Dr. med. E. Keller, Ingolstadt, Prof. Dr.jur. B.-R. Kern, Leipzig, Prof. Dr. jur. H. Lilie, Halle, Dr. med. H.M. Mörlein, Kulmbach, Ltd. OstÄ S. Nemetschek, Celle, OSTA E. Neumann, Düsseldorf, VRiOLG Dr. jur. F.-J. Pelz, Hamm, Ass. F. M. Petry, Detmold, RA

⁸ OLG Hamm, Urt.v. 31. 8. 2005 – 3 U 277/04.

Dr. jur. R. Ratzel, München, Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Northeim, Prof. Dr. med. K. Renziehausen, Chemnitz, VRinOLG a.D. Dr. P. Rumler-Detzel, Köln, Prof. Dr. med. T. Schwenger, Dortmund, Dr. med. F. Staufer, Dachau, Prof. Dr. med. A.T. Teichmann, Aschaffenburg, RA Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer, München, RA P. Weidinger, München, Prof. Dr. med. H. Welsch, München.

Gültigkeit bestätigt im Mai 2008 durch die Mitglieder der AG Medizinrecht und durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Mitglieder der AG Medizinrecht 2008

Juristische Mitglieder:

R. Baur, Hamm
RÄ C. Halstrick, München
Dr. jur. U. Hamann, Celle
Prof. Dr. jur. B.-R. Kern, Leipzig
Prof. Dr. jur. H. Lilie, Halle
OStÄ S. Nemetschek, Celle
Dr. jur. F.-J. Pelz, Münster
RA F. M. Petry, Detmold
Dr. jur. R. Ratzel, München
Prof. Dr. jur. E. Schumann, Göttingen
Prof. Dr. jur. A. Spickhoff, Regensburg
Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer,
München
RA P. Weidinger, München

Medizinische Mitglieder:

Prof. Dr.med. D. Berg, Amberg
Frau Dr. med. G. Bonatz, Bochum
Prof. Dr. med. J. W. Dudenhausen,
Berlin
Prof. Dr. med. W. Geiger, Saarbrücken
Prof. Dr. med. H. Hepp, München
Prof. Dr. med. E.-J. Hickl, Hamburg
Prof. Dr. med. E. Keller, Ingolstadt
Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Northeim
Prof. Dr. med. K. Renziehausen,
Chemnitz
Prof. Dr. med. T. Schwenger, Dortmund
Dr. med. F. Staufer, Dachau
Prof. Dr. med. A. T. Teichmann,
Aschaffenburg
Prof. Dr. med. K. Vetter, Berlin
Prof. Dr. med. H. Welsch, München
Prof. Dr. med. A. Wischnik, Augsburg

Eine Überarbeitung der Handlungsempfehlung ist in Vorbereitung. Die Fertigstellung wird im 1. Quartal 2011 erwartet.