

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Der rechtzeitige Informationsaustausch zwischen Fachabteilungen ist enorm wichtig: Im Zweifel empfiehlt es sich, einer anderen Abteilung pathologische Befunde frühzeitig – auch telefonisch – zu übermitteln und dies entsprechend zu dokumentieren.

Anlass für die Schlichtung

Die Eltern der zwölfjährigen Patientin gingen davon aus, dass ein radiologischer Befund im Rahmen der HNO-ärztlichen Behandlung fehlerhaft nicht berücksichtigt worden sei. Infolgedessen sei eine nicht indizierte Cochlea-Implantation erfolgt; eine fachonkologische Behandlung sei zudem zu spät eingeleitet worden. Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen wurde konsultiert, um den Fall unabhängig sowie neutral zu begutachten und bewerten zu lassen.

Die strittige Behandlung

Die zwölfjährige Patientin litt unter einer Taubheit auf dem linken Ohr und einer mittel- bis hochgradigen Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohr. Infolgedessen wurde sie an eine HNO-Klinik der Maximalversorgung überwiesen: Geplant wurde eine Cochlea-Implantation. Zur Operations-

vorbereitung erfolgte am 11. Juli eine DVT- und MRT-Diagnostik der Felsenbeine. Die Fragestellung lautete wörtlich: „Felsenbeinatomie vor Cochlea-Implantation“.

Der radiologische Befund lautete wie folgt: „Erweiterter Aquäduktus vestibuli (LVAS) beidseits. Links ausgeprägter als rechts.“ Im Befundbericht vom 11. Juli war darüber hinaus jedoch noch folgender Vermerk enthalten: „Zusatzbefundung (telefonisch kommuniziert): Intraorbitaler Tumor links der lateralen Orbitawand aufsitzend mit V.a. Arrosion, konsekutive Auslenkungen des linken M. rectus lateralis“.

Unklar ist, wann diese „Zusatzbefundung“ erstellt und telefonisch übermittelt wurde. In der Befundbeschreibung wurde der Tumor nicht erwähnt. In der HNO-Klinik wurde – in Unkenntnis der „Zusatzbefundung“ – die Indikation zur Versorgung mit einem Cochlea-Implantat links gestellt. Die Operation erfolgte am 18. Juli.



Foto: goodluz / adobe.stock.com

Pathologische Befunde sollten rechtzeitig übermittelt werden und die Befundmitteilung substantiiert dokumentiert werden.

Der weitere Verlauf

Am 2. September wurde die Patientin wieder vorstellig, nachdem eine Schwellung des linken Auges aufgetreten war. Nach einem augenärztlichen Konsil und CT der Orbita erfolgte eine Probenentnahme der Orbita. Histologisch wurde ein embryonales Rhabdomyosarkom gesichert. Im weiteren Verlauf wurden eine Chemo- und Strahlentherapie durchgeführt. Im Januar des Folgejahres wurde das Cochlea-Implantat wieder explantiert.

Erwiderungen des Antragsgegners

Aus der in Anspruch genommenen HNO-Klinik wurde im Rahmen des Schlichtungsverfahrens vorgetragen, dass der pathologische radiologische Befund erstmals bei Wiedervorstellung am 2. September bekannt geworden sei.

Das externe medizinische Gutachten – Teil I

Der von der Schlichtungsstelle konsultierte HNO-ärztliche Gutachter kam zu der Schlussfolgerung, dass „eine Schnittstellenproblematik“ zwischen Radiologie und HNO-Klinik bestanden habe; ein kausaler Schaden sei aus HNO-ärztlicher Sicht nicht entstanden.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle der Ärztekammer Niedersachsen schloss sich dem HNO-Gutachter insofern an, als eine rechtzeitige Übermittlung des pathologischen Befunds fehlerhaft unterblieben ist. Die „Zusatzbefundung“ war aus rechtlicher Sicht nicht verwertbar. Aufgrund dessen war ein Diagnosefehler anzunehmen. Im Einzelnen:

Der Diagnosefehler

Der auf den MRT-Aufnahmen vom 11. Juli nebenbefundlich erkennbare Tumor wurde seitens der Radiologie im Rahmen der Primärbefundung fehlerhaft nicht beschrieben. Der Tumor war aus der Sicht ex ante auf den Aufnahmen vom 11. Juli eindeutig erkennbar, sodass insofern ein vorwerfbarer Diagnosefehler vorlag. Die „Zusatzbefundung“ (nach scheinbarer sekundärer Inaugenscheinnahme) auf dem Befundbericht vom 11. Juli war aus rechtlicher Sicht nicht verwertbar. Aus der in Anspruch genommenen HNO-Klinik war vorgetragen worden, dass der radiologische Befundbericht vom 11. Juli erst am 11. August (die Cochlea-Implantation erfolgte am 18. Juli!) erstellt und zuletzt am 27. September geändert worden sei.

Anzeige



Mit 16 Niederlassungen auch in Ihrer Nähe. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme!

Ihr Spezialist für fachbezogene Steuerberatung

BUST[®]
Steuerberatung für Ärzte

BUST Hauptniederlassung Hannover:

Seelhorststraße 9, 30175 Hannover

Telefon: 0511 280 70-0

E-Mail: hannover@BUST.de

www.BUST.de

Die rechtlichen Konsequenzen

Es konnte dahin gestellt bleiben, ob die Erstellung des Befundberichts am 11. August und damit einen Monat nach der Untersuchung überhaupt noch als zeitgerecht im Sinne von § 630 f Abs. 1 S. 1 BGB zu beurteilen war. Zumal die Befunderhebung zum Zwecke einer Operationsindikation erfolgte, die Operation zu diesem Zeitpunkt aber schon durchgeführt worden war (am 18. Juli).

Jedenfalls wurden eine sekundäre Befundung und nachträgliche Änderung des ursprünglichen Befundberichts fehlerhaft nicht erkennbar. In der Form, in der die Behandlungsdokumentation zur Verfügung gestellt wurde, war lediglich eine Fassung des Befundberichtes vom 11. Juli enthalten – inklusive enthaltener (nachträglicher) „Zusatzbefundung“. Es wurde nicht nachvollziehbar, wann dieser Zusatzbefund erfolgt war. Offenbar wurde der ursprüngliche Befundbericht (datiert auf den 11. Juli) überschrieben, ohne dass die ursprüngliche Fassung noch erhalten geblieben war. Insgesamt wurde eine nachträgliche Änderung nicht ersichtlich, obwohl diese nach dem Wortlaut („Zusatzbefundung“) nahelag und laut Darstellung aus der Klinik erfolgt war (Änderung zuletzt am 27. September).

Einer elektronischen Dokumentation, die nachträgliche Änderungen entgegen § 630 f Abs. 1 S. 2 und S. 3 BGB nicht erkennbar macht, kommt keine positive Indizwirkung zu, dass die dokumentierte Maßnahme von dem Behandelnden tatsächlich getroffen worden ist.

Weiterhin wurde nicht dokumentiert, wann und an wen die telefonische Übermittlung erfolgt war. In der HNO-Klinik war eine etwaige telefonische Übermittlung nicht vermerkt.

Nach alledem war davon auszugehen, dass der Tumor primär am 11. Juli fehlerhaft nicht erkannt und beschrieben wurde, sondern die richtige Diagnose erst im weiteren Verlauf (nach bereits erfolgter Operation) gestellt wurde.

Aber: Die Wendung des Falls

Der HNO-Gutachter führte jedoch aus, dass auch bei bekannter Tumor-Diagnose keine zwingende Kontraindikation für die Cochlea-Implantation am 18. Juli bestanden hätte. Auch bei bekanntem Tumor hätte die Versorgung mit einem Cochlea-Implantat erfolgen können. Zwar wies er darauf hin, dass von dem Cochlea-Implantat „sinnvollerweise“ hätte Abstand genommen werden „können“. Aus rechtlicher Sicht konnte insofern ein ärztlicher Behandlungsfehler im Sinne eines Verstoßes gegen medizinische Standards nicht geschlussfolgert werden. Vielmehr bedarf es hierfür eines „Müssens“ – also beispielsweise: „Es hätte Abstand genommen werden

müssen.“ Weiter führte der Gutachter aus, dass die Therapie auch bei früherer Diagnosestellung dieselbe gewesen wäre, wie sie schließlich ab dem 2. September in die Wege geleitet wurde. Insbesondere kam eine chirurgische Tumorexstirpation weder im Juli noch im September in Betracht.

Das externe medizinische Gutachten – Teil II

Zu der Frage eines möglichen kausalen Schadens (bedingt durch die Diagnoseverzögerung um circa 1,5 Monate) wurde darüber hinaus ein onkologisches Zusatz-Gutachten eingeholt. Der Onkologe verneinte eine statistische Prognoseverschlechterung und/oder einen Stadiensprung durch die Behandlungsverzögerung um etwa 1,5 Monate. Im Ergebnis war daher sowohl aus HNO-ärztlicher als auch aus onkologischer Sicht ein kausaler Gesundheitsschaden nicht nachweisbar.

Die Besonderheit im vorliegenden Fall

Es war ein Übermittlungs-/Kommunikationsdefizit zwischen Radiologie und HNO-Klinik aufgetreten. Eine etwaige telefonische Übermittlung wurde seitens der HNO-Klinik abgestritten. Aus der Dokumentation der Radiologie ging nicht hervor, wer wann wen wie kontaktiert und den „Zusatzbefund“ übermittelt hatte. Die EDV-Dokumentation (Erstellung des radiologischen Befundberichts am 11. August, letzte Änderung am 27. September) sprach dafür, dass der „Zusatzbefund“ jedenfalls erst nach bereits erfolgter Operation am 18. Juli erhoben wurde, sodass ein Diagnosefehler anzunehmen war.

Take-Home-Message

Achten Sie auf eine rechtzeitige Übermittlung pathologischer Befunde an Ihre Kolleginnen und Kollegen. Dies gilt umso mehr bei diagnostischen Maßnahmen zum Zwecke der Operationsvorbereitung. Sinnvollerweise sollte eine Befundmitteilung in diesem Fall noch vor der Operation erfolgen. Im Zweifel empfiehlt sich eine rechtzeitige telefonische Übermittlung der Befunde – diese sollte dann auf jeden Fall substantiiert dokumentiert werden. Über nachträgliche Änderungen in der ärztlichen Dokumentation wurde bereits in der Novemberausgabe 2022 des „niedersächsischen ärzteblatts“ informiert.

Ass. jur. Justine Launicke
Leiterin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Niedersachsen

Dr. med. Antje Wefer
Fachärztin für Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin