

Fachgebiet: Radiologie - Mammographie
Diagnose: Diagnoseirrtum im Mammographie-Screening-Programm
Titel: Das qualitätsgesicherte, standardisierte Mammographie-Screening-Programm
Autor: Dr. med. Karin Bock
Verfahren: 157/10 - Stand der Veröffentlichung: 16.07.2012

Der Fall

Eine 64jährige Frau nahm 2009 als Selbsteinladerin am Mammographie-Screening-Programm teil. In einem von der Teilnehmerin vor Erstellung einer Screening-Mammographie auszufüllenden Fragebogen wurden dezidierte Angaben zur Voroperationen gemacht, jedoch keine Angaben zu klinischen Symptomen vermerkt.

Die unabhängige Doppelbefundung der erstellten Screening-Mammographiefraufnahmen zeigte übereinstimmend einen auffälligen, aber nicht karzinomtypischen Befund, so dass der Fall in einer obligaten Screening-Konsensuskonferenz gemeinsam mit dem programmverantwortlichen Arzt abschließend bewertet wurde:

Der Vergleich mit knapp sechs Jahre alten Voraufnahmen, die außerhalb des Mammographie-Screening-Programms erstellt worden waren, erbrachte Befundkonstanz, so dass die abschließende Beurteilung der Screening-Konsensuskonferenz den Befund als unverdächtig im Hinblick auf Malignität einstufte.

Die Teilnehmerin erhielt daraufhin ein standardisiertes, obligates Mitteilungsschreiben, dass kein Anhalt für Bösartigkeit bestehe.

Vier Monate später stellte sich die Patientin mit einem Tastbefund bei ihrer Frauenärztin vor, die den Befund klinisch bestätigte und die Frau zur indikationsbezogenen (kurativen) Mammadiagnostik überwies. Die entsprechend durchgeführten Untersuchungen bestätigten den Befund, der sich mammographisch weiterhin unverändert zu den Voruntersuchungen zeigte. Aufgrund des klinischen Befundes und des hochverdächtigen Ultraschallbefundes erfolgte die minimal-invasive Biopsie, die den Befund als Mammakarzinom bestätigte.

Es folgte die operative Therapie mit Brust erhalten und Wächterlymphknotenbiopsie, ergänzt durch adjuvante Polychemotherapie und postoperative Bestrahlung der betroffenen Brust.

Die abschließende Tumorklassifikation lautet: Invasiv-duktales Mammakarzinom G2, hormonrezeptorpositiv, pT2 pN2a L1 R0.

Die Einwände der Patientin

Im Mammographie-Screening-Programm sei das Mammakarzinom übersehen worden. Erschwerend käme hinzu, dass die Patientin zum Zeitpunkt der Erstellung der Screening-Mammographie auf einen klinischen Befund aufmerksam gemacht habe.

Der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses hat die Autorin dieses Fallbeispiels mit der medizinischen Überprüfung beauftragt, ob ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten vorliegt.

Die Begutachtung

Im 2005 in Deutschland eingeführten qualitätsgesicherten, standardisierten, flächendeckenden Mammographie-Screening-Programm werden symptomfreie Teilnehmerinnen zwischen 50 und 69 Jahren zur Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung eingeladen¹. Möchte eine anspruchsberechtigte Frau nicht auf die Einladung durch das System warten, kann sie als sogenannte Selbsteinladerin direkt einen Untersuchungstermin vereinbaren.

Die primäre Erstellung von Mammographie-Screeningaufnahmen erfolgt durch speziell zertifizierte radiologische Fachkräfte ohne vorherigen Arztkontakt. Ein obligat auszufüllender, inhaltlich von der Krebs-Früherkennungs-Richtlinie vorgegebener Fragebogen² soll sicherstellen, dass etwaige klinische Symptome bei der nachfolgenden Befundung der erstellten Mammographieaufnahmen Berücksichtigung finden können. Aufgrund eines erhöhten Risikos falsch-negativer Befunde sind bei klinischen Auffälligkeiten ergänzende Untersuchungen durchzuführen, auch wenn die Mammographie keinen verdächtigen Befund aufweist.³

Durch unabhängige Doppelbefundung speziell zertifizierter Fachärzte unter Hinzuziehen von Voruntersuchungen wird die Zahl der falsch-negativen Befundungen verringert und eine hohe Sensitivität der Befundung sichergestellt.

Anders als in der indikationsbezogenen Mammadiagnostik ist es nicht Aufgabe des Screening-Programms, auch gutartige Veränderungen weiter abzuklären, sondern lediglich solche Veränderungen, bei denen Bösartigkeit nicht mit ausreichender Sicherheit ausgeschlossen werden kann. In der Zielgruppe der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren ist mit weniger als 1% maligner Befunde zu rechnen. Um eine unnötige psychische und physische Belastung der betroffenen Frauen zu vermeiden, ist die Zahl falsch-positiver Befundungen möglichst gering zu halten. Im Falle der Erstuntersuchung im Screening-Programm liegt die Obergrenze für weiterführende Folgeuntersuchungen bei <7%.^{1,4}

Voraufnahmen, die innerhalb des Mammographie-Screening-Programms erstellt worden sind, müssen zur Beurteilung herangezogen werden. Voraufnahmen, die außerhalb des Mammographie-Screening-Programms erstellt worden sind, können zur Beurteilung herangezogen werden. Der Vergleich mit Voraufnahmen ermöglicht eine Beurteilung von Läsionen hinsichtlich Vorbestehens bzw. ihrer Wachstumstendenz.⁵ Die mittlere Tumorverdopplungszeit bösartiger Befunde wird mit durchschnittlich 1,7 Jahren angenommen.⁶ Größenkonstanz über einen längeren Verlaufszeitraum spricht mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen gutartigen Befund.

Beide befundenden Ärzte diagnostizierten korrekt einen auffälligen, aber nicht karzinomtypischen Befund. Der Vergleich mit 70 Monate (!) zuvor erstellten, externen Voraufnahmen zeigte Befundkonstanz, so dass das Vorliegen eines gutartigen Befundes angenommen wurde und entsprechend keine weiterführenden Untersuchungen indiziert wurden.

Die zusammenfassende Wertung des Gutachters

Die beklagten Ärzte haben ihre Sorgfaltspflichten im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms umfänglich erfüllt und unterlagen einem Irrtum hinsichtlich der Einschätzung der Dignität des festgestellten Befundes.

Es ist nicht davon auszugehen, dass die vier Monate später erfolgte Diagnose des Mammakarzinoms zu einer Verschlechterung der Prognose der Karzinomerkrankung geführt hat.

Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses

Die Beteiligten haben der medizinischen Begutachtung durch die Sachverständige nicht widersprochen. Ohne weitere Überprüfung durch die Mitglieder des Schlichtungsausschusses wurde das Verfahren mit Einverständnis der Beteiligten beendet.

Literaturangaben des Gutachters

- 1) Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening. Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV
- 2) Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen
Fassung vom: 18.06.2009 BAnz. Nr. 148a (Beilage) vom 02.10.2009
Letzte Änderung: 16.12.2010 BAnz. Nr. 34 (S. 864) vom 02.03.2011
- 3) Perry N on behalf of the EUSOMA Working Party: Position Paper: Quality assurance in the diagnosis of breast disease. European Journal of Cancer 2001;37:159-172
- 4) Evaluationsbericht 2008 – 2009: Ergebnisse des Mammographie-Screening-Programms in Deutschland. Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Berlin, Feb. 2012
(http://www.mammo-programm.de/cms_upload/fck-userfiles/Evaluationsbericht_2008-2009_web.pdf)
- 5) Roeloffs A, Karssemeijer N, Wedekind N et al: Importance of Comparison of Current and Prior Mammograms in Breast Cancer Screening. Radiology 2007; 242: 70-77
- 6) Weedon-Fekjaer H, Lindqvist BH, Vatten LJ: Breast Cancer Tumor Growth estimated through Mammography Screening Data. Breast Cancer Research 2008;10:R41