

Nachexzision eines Basalzellkarzinoms an der falschen Lokalisation

Re-Excision of a Basal Cell Carcinoma at the Wrong Location

Autoren

P. Elsner¹, J. Meyer²

Institute

- 1 Klinik für Hautkrankheiten, Universitätsklinikum Jena
- 2 Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, Hannover

online publiziert 14.4.2021

Bibliografie

Akt Dermatol 2021; 47: 437–440

DOI 10.1055/a-1345-3738

ISSN 0340-2541

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. P. Elsner, Klinik für Hautkrankheiten,
Universitätsklinikum Jena, Erfurter Str. 35,
07743 Jena, Deutschland
elsner@derma-jena.de

ZUSAMMENFASSUNG

Eine Patientin stellte sich in der Sprechstunde einer dermatologischen Klinik wegen zweier Hautveränderungen im Bereich der Nase vor. Der behandelnde Dermatologe entfernte diese in Form tangentialer Abtragungen; die histologische Untersuchung ergab das Vorliegen eines Angiofibroms sowie eines Basalzellkarzinoms, welches nicht im Gesunden entfernt worden war. In Absprache mit der Patientin erfolgte eine Nachexzision. Diese wurde von einem zweiten Dermatologen der Klinik auf der Basis einer unklaren Dokumentation der Primärexzision an einer falschen Stelle durchgeführt.

Die Patientin bemängelte die operative Behandlung; deshalb sei eine weitere Operation an der Nase erforderlich geworden. Die Schlichtungsstelle bestätigte, dass es fehlerbedingt zu einer nicht notwendigen Exzision an falscher Stelle mit entsprechender Narbenbildung sowie zu einem ohne den Fehler nicht erforderlichen weiteren Eingriff gekommen sei.

Der an der falschen Lokalisation durchgeführte dermatochirurgische Eingriff („wrong site surgery“) ist ein in der Dermatochirurgie bekanntes Fehlergeschehen. Als Präventionsmaßnahme hat sich eine sog. „Time-out“ („Auszeit“) bewährt, wobei vor und ggf. während einer Operation diese

unterbrochen wird zur Bestätigung des richtigen Patienten, Eingriffs und Ortes. Im vorliegenden Fall wurde die Wahl des falschen Nachexzisionsortes gefördert durch eine unklare Dokumentation der Primärexzision und eine fehlende Kommunikation zwischen den behandelnden Dermatologen über die korrekte Exzisionsstelle. Gemäß § 630h BGB tritt eine Beweislastumkehr bei der Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler ein, wenn es sich um ein sog. „voll beherrschbares Risiko“ handelt; um ein solches handelt es sich bei einer Exzisionsstellenverwechslung. Der berichtete Fall beleuchtet gleichzeitig die Probleme der ärztlichen Arbeitsteilung; nach der sog. „horizontalen Arbeitsteilung“ darf jeder Facharzt zunächst darauf vertrauen, dass ein anderer an der Behandlung beteiligter Facharzt seine Pflichten aus dem Behandlungsvertrag korrekt erfüllt. Entstehen jedoch Zweifel, wie im vorliegenden Fall bzgl. der Dokumentation der korrekten Exzisionsstelle, darf der zweitbehandelnde Arzt nicht unbesehen handeln, sondern muss sich selbstverantwortlich der richtigen Diagnose, in diesem Fall bzgl. der Lokalisation des Basalzellkarzinoms, vergewissern. Durch eine Nachfrage beim erstbehandelnden Dermatologen wäre der Behandlungsfehler zu vermeiden gewesen.

ABSTRACT

A patient presented to a dermatology department because of two skin lesions at the nose. The attending dermatologist removed these lesions by tangential excision; histological examination revealed the presence of an angiofibroma and a basal cell carcinoma, which had not been completely excised. In consultation with the patient, a re-excision by a second dermatologist was performed who chose a wrong site on the basis of an unclear documentation of the primary excision.

The patient complained about the surgical treatment; since another operation on the nose had become necessary. The Independent Medical Expert Council (IMEC) confirmed that, due to the error, an unnecessary excision had been made at the wrong site, with corresponding scarring, and that a further operation would not have been necessary if the error had not been made.

A dermatosurgical procedure performed at the wrong site (“wrong site surgery“) is a well-known error in dermatosurgery. As a preventive measure, a so-called “time out“ has proven to be effective, whereby before and, if necessary,

during an operation, this is interrupted to confirm the correct patient, intervention and location. In the present case, the choice of the wrong re-excision site was promoted by unclear documentation of the primary excision and a lack of communication between the treating dermatologists about the correct excision site. According to §630h of the German Civil Code (BGB), a shift in the burden of proof for liability for treatment and information errors occurs when a so-called “fully controllable risk” is involved; such is the case with wrong site excisions. At the same time, the reported case sheds light on the problems of the medical division of responsibility; according to the so-called “hori-

zontal division of responsibility,” each specialist may initially trust that another specialist involved in the treatment will correctly fulfill his obligations under the treatment contract. However, if doubts arise, as in the present case with regard to the documentation of the correct excision site, the second treating physician may not act unquestioningly, but must independently ascertain the correct diagnosis, in this case with regard to the localization of the originally excised basal cell carcinoma. The treatment error could have been avoided by asking the dermatologist who treated the patient first.

Klinischer Fall

Aus den von der Schlichtungsstelle herangezogenen Krankenunterlagen, auch der vor- und nachbehandelnden Ärzte, ergibt sich folgender Krankheits- und Behandlungsverlauf:

Die Patientin stellte sich in der Sprechstunde einer dermatologischen Klinik wegen Hautveränderungen im Bereich der Nase vor. Der behandelnde Dermatologe fand zwei verschiedene Hautveränderungen, eine davon im Bereich der Nasenspitze, die andere oberhalb davon am Nasenrücken. Mit der Patientin wurde eine operative Entfernung besprochen. Diese erfolgte zeitnah in Form tangentialer Abtragungen durch den behandelnden Dermatologen. Die histologische Untersuchung ergab das Vorliegen eines Angiofibroms sowie eines Basalzellkarzinoms, welches nicht im Gesunden entfernt worden war (► **Abb. 1**).

Bei der Wiedervorstellung der Patientin erfolgte die Besprechung der Befunde. Es wurde die Entscheidung getroffen, das Basalzellkarzinom nachzuexzidieren. In der gleichen Sitzung sollte ein Naevus an der Flanke entfernt werden.

Sechs Wochen später wurde von einem zweiten Dermatologen der Klinik eine Exzision am linken Nasenabhang sowie an der rechten Flanke durchgeführt. Die histologische Untersuchung des Exzidates vom linken Nasenabhang ergab das Vorliegen einer Narbe mit entzündlichen Veränderungen, ohne Reste eines epithelialen Tumors.

Die Patientin suchte 4 Wochen später eine dermatologische Praxis auf, da im voroperierten Gebiet an der Nase neue Hautveränderungen aufgetreten waren. Aus einer Veränderung am Nasenrücken sowie aus einer Narbe wurden Proben entnommen, in denen kein Basalzellkarzinom nachgewiesen wurde.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin bemängelte die operative Behandlung.

Bei der zweiten Operation durch den zweiten Dermatologen sei die Exzision an einer falschen Stelle im gesunden Gewebe durchgeführt worden und nicht an der vorher durch den erstbehandelnden Dermatologen biopsierten Stelle, an der das Basalzellkarzinom nachgewiesen worden sei. Deshalb sei eine weitere Operation an der Nase erforderlich geworden.



► **Abb. 1** Zystisches Basalzellkarzinom an der Nase (nicht dem berichteten Fall entsprechend).

Stellungnahme der behandelnden Dermatologen

Der erstbehandelnde Dermatologe erklärte, trotz eindeutiger Dokumentation in der Krankenakte und in der Operationseinwilligung sei offenbar eine falsche Exzisionsstelle gewählt worden. Ob dies in Absprache mit der Patientin geschah oder ob vom zweiten Operateur nicht die richtige Stelle definiert worden sei, müsse offen bleiben.

Der Zweitoperateur erklärte, am Operationstag habe er in Absprache mit der Patientin die zu operierende Stelle festgelegt. Es habe sich klinisch an der Nasenspitze eine abgeflachte Epidermis mit Sklerose und isoliertem Papelbesatz gefunden. Dieser Befund sei mit einem neu entstandenen Angiofibrom vereinbar gewesen, wie dies auch der erstbehandelnde Dermatologe bestätigt habe. Unweit davon habe sich am linken Nasenabhang eine Einsenkung der Epidermis gefunden. Diese Stelle habe er dann nach Rücksprache mit der Patientin markiert und im Folgenden exzidiert. Diese Stelle sei basaliomverdächtig gewesen. Andere verdächtige Hautstellen hätten sich nicht gefunden. Er habe anhand des klinischen Befundes und nach Absprache mit der Patientin selbst den Ort der Exzision

am Übergang vom Nasenabhang zum Nasenrücken gewählt. Dies würde auch durch die assistierende Ärztin bestätigt.

Beurteilung durch die Schlichtungsstelle

In Würdigung der medizinischen Dokumentation und der Stellungnahmen der Beteiligten gelangte die Schlichtungsstelle zu folgender Bewertung des Sachverhaltes:

Bei der klinischen Erstuntersuchung beschrieb der erstbehandelnde Dermatologe zwei Hautveränderungen. Die eine (mit 1 bezeichnet) wurde klinisch als Angiofibrom der Nase mit einer Größe von 2 mm angesehen. Die zweite (mit 2 bezeichnet) wurde als Keratose, Keratoakanthom oder Verruca vulgaris diagnostiziert. In der Ambulanzkarte des Dermatologen waren auf dem Gesichtsschema zwei Punkte markiert, die die beschriebenen Hautveränderungen darstellten. Die eine Veränderung wurde direkt an der Nasenspitze angegeben, die andere in der Mittellinie des Nasenrückens, direkt kranial der ersten Veränderung. Auf dem Schema in der Ambulanzkarte ist die Veränderung an der Nasenspitze zunächst mit 2 bezeichnet, dann korrigiert als 1, die kranial davon liegende Veränderung als 1 bezeichnet und dann korrigiert als 2. Der Dermatologe beschrieb in seiner Stellungnahme, dass er die Veränderung an der Nasenspitze als aktinische Keratose bzw. Keratoakanthom angesehen, die darüber liegende Veränderung als Angiofibrom diagnostiziert habe. Diese Einschätzung entsprach der ersten Nummerierung in der Ambulanzkartenskizze.

Im histopathologischen Befundbericht wurde für die Veränderung an der Nasenspitze der Verdacht auf Angiofibrom angegeben, für die kranial davon liegende Veränderung am Nasenrücken als klinische Diagnose Verruca vulgaris, aktinische Keratose oder Keratoakanthom. Dies wiederum entsprach der korrigierten Fassung der Nummerierung auf der Skizze in der Ambulanzkarte. Die histologische Diagnose des Basalzellkarzinoms wurde in dem Präparat gestellt, welches sich am Nasenrücken links befand. Eingezeichnet in der Skizze war allerdings die Nasenrückenmitte.

Im Aufklärungsbogen zur Erstoperation wurde die Lokalisation des zu exzidierenden Bereiches am Nasenrücken links angegeben, in der dem Aufklärungsbogen anhängenden Skizze ist die Lokalisation am Nasenrücken links paramedian eingezeichnet.

Bei der Zweitexzision, die vom zweiten Dermatologen durchgeführt wurde, wählte der Operateur nach klinischer Untersuchung den Exzisionsort am Nasenabhang links, der seiner Meinung nach klinisch verdächtig gewesen sei.

Die von ihm gewählte Exzisionsstelle war nicht identisch mit der Stelle, die im Aufklärungsgespräch vereinbart wurde und die sich bei der primären Exzision als Basalzellkarzinom herausstellte.

Es war somit festzustellen, dass der Operateur die falsche Stelle zur Exzision ausgewählt hatte. Ursache hierfür war die widersprüchliche Dokumentation des pathologischen Befundes durch den erstuntersuchenden Arzt. Die Lokalisation der beiden in der Erstoperation abgetragenen Hautveränderungen wurde widersprüchlich angegeben. Somit kam es zur Verunsicherung des Operateurs, die richtige Operationsstelle zu fin-

den. Ein weiterer Fehler war darin zu sehen, dass eine Kommunikation zwischen dem Erstoperateur und dem Zweitoperateur vor dem zweiten Eingriff nicht stattfand.

Gesundheitsschaden

Fehlerbedingt kam es zu einer nicht notwendigen Exzision an falscher Stelle mit entsprechender Narbenbildung sowie zu einem zweiten Eingriff durch einen anderen Dermatologen.

Die Schlichtungsstelle hielt Schadensersatzansprüche im dargestellten Rahmen für begründet und empfahl, die Frage einer außergerichtlichen Regulierung zu prüfen.

Medizinische und rechtliche Interpretation

Der an der falschen Lokalisation durchgeführte dermatochirurgische Eingriff („wrong site surgery“) ist ein bekanntes Fehlergeschehen. Eine Umfrage unter 300 amerikanischen Dermatochirurgen ergab, dass bei ihnen Arzthaftungsverfahren in 14% der Fälle darauf zurückzuführen waren, dass die Operation am falschen Ort durchgeführt worden war [1, 2]. In einer Analyse von Arzthaftungsverfahren gegen Dermatologen in den USA gehörten Behandlungsfehler wegen der Verwechslung von Patienten oder der zu behandelnden Lokalisation zu den häufigsten Ursachen [3]. Für Deutschland wurde geschätzt, dass es schätzungsweise zwischen 100- und 240-mal im Jahr zu chirurgischen Verwechslungsfällen mit juristischen Konsequenzen kommt [4].

Eine Analyse chirurgischer Behandlungsfehler der Veteran Administration Hospitals ergab, dass für die „wrong site surgery“ Fehler beim „Time-out“ („Auszeit“) an erster Stelle standen [5]. Die „Auszeit“ ist definiert als „eine sofortige Unterbrechung durch das gesamte Operationsteam zur Bestätigung des richtigen Patienten, Eingriffs und Ortes“ und wird in der Chirurgie als Sicherheitsmaßnahme zur Vermeidung von Schäden durch die Operation am falschen Patienten oder an der falschen Stelle bzw. die Durchführung des falschen Eingriffs durchgeführt [6]. Die ursprüngliche „Auszeit“ hatte die Form einer Checkliste, auf die sich das chirurgische Pflgeteam in verschiedenen Phasen eines chirurgischen Eingriffs bezog [6]. In verschiedenen Phasen des Eingriffs werden Elemente überprüft, einschließlich des Plans für den Eingriff und der Zuweisung von Teammitgliedern sowie der besten Art und Weise der Kommunikation mit den Teammitgliedern während des Eingriffs [6]. In einer weiteren Pause vor dem Ende des Eingriffs richtet sich die Aufmerksamkeit des Teams darauf sicherzustellen, dass keine Fremdkörper zurückbleiben und dass alle Aspekte der Operation erfolgreich abgeschlossen wurden [6]. Am Ende der Operation findet eine abschließende Nachbesprechung statt [6]. Es handelt sich damit letztlich um die Übertragung von erfolgreichen Verfahren der Flugsicherheit auf chirurgische Eingriffe [7, 8].

In der Dermatochirurgie mit überschaubareren Eingriffen und kleineren Teams, häufig sogar, wie im vorliegenden Fall, mit allein und allenfalls mit Assistenz durch eine Schwester oder eine Medizinische Fachangestellte handelnden Dermatologen, hat sich das Konzept der „TeamTime-out“ bislang nicht

überall durchgesetzt, obgleich es in führenden Lehrbüchern der Dermatochirurgie ausdrücklich empfohlen wird [9].

Im vorliegenden Fall wurde die fehlerhafte Wahl der Nachexzisionsstelle befördert durch die unklare Dokumentation des Erstoperateurs. Es lag damit sowohl ein Dokumentationsfehler beim erstbehandelnden Dermatologen als auch ein schuldhaftes Versäumnis beim zweitbehandelnden Dermatologen vor, der sich bei unklarer Dokumentation ohne Rücksprache für eine Nachexzisionsstelle allein aufgrund seines klinischen Eindrucks entschied.

Gemäß § 630h BGB tritt eine Beweislastumkehr bei der Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler ein, wenn es sich um ein sog. „voll beherrschbares Risiko“ handelt; in diesem Fall wird ein Fehler des Behandelnden vermutet, „wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat“. Der dermatochirurgische Eingriff an der korrekten, sich aus der Aufklärung des Patienten und der Krankheitsgeschichte ergebenden Lokalisation, gehört zu den voll beherrschbaren Risiken. Im konkreten Fall lag zusätzlich keine rechtswirksame Einwilligung zu dem Zweiteingriff vor, da sich die Aufklärung und die Einwilligung auf eine Nachexzision am Ort des vorher diagnostizierten Basalzellkarzinoms bezog.

Der berichtete Fall beleuchtet auch die Probleme der ärztlichen Arbeitsteilung; eine solche lag innerhalb der Klinik zwischen dem erst- und dem zweitbehandelnden Dermatologen vor. Es handelt sich dabei um eine sog. „horizontale Arbeitsteilung“, wobei jeder Facharzt zunächst darauf vertrauen darf, dass ein anderer an der Behandlung beteiligter Facharzt seine Pflichten aus dem Behandlungsvertrag korrekt erfüllt. Entstehen jedoch Zweifel, wie sie im vorliegenden Fall bzgl. der Dokumentation der korrekten Exzisionsstelle bestanden, darf der zweitbehandelnde Arzt nicht unbesehen handeln, sondern muss sich selbstverantwortlich der richtigen Diagnose, in diesem Fall bzgl. der Lokalisation des Basalzellkarzinoms, vergewissern. Wie der Bundesgerichtshof festgestellt hat, darf sich ein Nachbehandler im Allgemeinen darauf verlassen, dass der vorbehandelnde Arzt seine Patienten richtig behandelt und beraten hat, und darf hierauf insbesondere bei zumindest gleicher oder auch besserer Sachkunde und größerer Erfahrung des Vorbehandlers vertrauen [10]. Anders ist es aber dann, wenn der Nachbehandler ohne besondere weitere Untersuchungen aufgrund der bei ihm vorauszusetzenden Kenntnisse und Erfahrungen erkannt hat oder erkennen musste, dass ernste Zweifel an der Richtigkeit der vorgeschlagenen Behandlung und der dem Patienten gegebenen ärztlichen Ratschläge bestehen [11]. In einem solchen Fall darf er im Rahmen seiner eigenen ärztlichen Sorgfaltspflichten dem Patienten gegenüber offenbare Versehen oder ins Auge springende Unrichtigkeiten nicht unterdrücken [11].

TAKE HOME MESSAGE

Der an der falschen Lokalisation durchgeführte dermatochirurgische Eingriff („wrong site surgery“) ist ein „voll beherrschbares Risiko“ und kann durch geeignete organisatorische Maßnahmen, etwa eine „Time-out-Checkliste“, vermieden werden. Ein besonderes Risiko für dermatochirurgische Maßnahmen an der falschen Lokalisation besteht, wenn Dokumentationsmängel vorliegen und mehrere unterschiedliche Dermatochirurgen aufeinanderfolgend in eine Behandlung involviert sind. Diese Situationen sollten als besonders gefahrenträchtig identifiziert und durch geeignete organisatorische Maßnahmen im Interesse der Patientensicherheit beherrscht werden.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Ke M, Moul D, Camouse M et al. Where is it? The utility of biopsy-site photography. *Dermatol Surg* 2010; 36: 198–202
- [2] Perlis CS, Campbell RM, Perlis RH et al. Incidence of and risk factors for medical malpractice lawsuits among Mohs surgeons. *Dermatol Surg* 2006; 32: 79–83
- [3] Kornmehl H, Singh S, Adler BL et al. Characteristics of Medical Liability Claims Against Dermatologists From 1991 Through 2015. *JAMA Dermatol* 2018; 154: 160–166. <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.3713>
- [4] Kolpatzik K. Kein Fehler vor dem Schnitt. In: Borgwardt J, Kolpatzik K. Aus Fehlern lernen – Fehlermanagement in Gesundheitsberufen. Heidelberg: Springer; 2010: 66–77
- [5] Neily J, Soncrant C, Mills PD et al. Assessment of Incorrect Surgical Procedures Within and Outside the Operating Room: A Follow-up Study From US Veterans Health Administration Medical Centers. *JAMA Netw Open* 2018; 1: e185147
- [6] Pellegrini CA. Time-outs and their role in improving safety and quality in surgery. *Bulletin of the American College of Surgeons*. 2017. <https://bulletin.facs.org/2017/06/time-outs-and-their-role-in-improving-safety-and-quality-in-surgery/>
- [7] Kapur N, Parand A, Soukup T et al. Aviation and healthcare: a comparative review with implications for patient safety. *JRSM Open* 2016; 7: 2054270415616548
- [8] Ricci MA, Brumsted JR. Crew resource management: using aviation techniques to improve operating room safety. *Aviat Space Environ Med* 2012; 83: 441–444
- [9] Kaufmann R, Podda M. Dermatologische Operationen: Farbatlas und Lehrbuch der Hautchirurgie. 5. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2020
- [10] BGH. Urteil vom 28. Mai 2002 – VI ZR 42/01
- [11] KG Berlin. Urteil vom 13. Januar 2014 – 20 U 290/12 –, juris