

Kopie

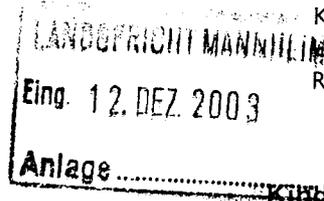


**Marienhospital**

Marienhospital 44621 Herne, Postfach 101880

An das  
Landgericht Mannheim  
3. Zivilkammer  
**Herrn Dr. Weigenand**  
Vors. Richter am Landgericht

68149 Mannheim



Katholisches Krankenhaus Herne  
Universitätsklinik der  
Ruhr-Universität Bochum

**Kinderchirurgische Klinik**

Direktor:  
Univ.-Prof. Dr. med. J. Engert  
Widumer Str. 8, 44627 Herne  
Tel. 02323/499-2461/2458  
Fax. 02323/499-386  
e-mail: juergen.engert@marienhospital-herne.de

BE: 10.11.2003-Ti/Fi  
Herne, 11.11.2003

**Aktenzeichen: 3 O 446/2**

**Rechtsstreit Christel und Rainer Jopien gegen  
PD. Dr. med. Christian Lorenz und Dr. med. Norbert Steiner**



Sehr geehrter Herr vors. Richter Dr. Weigenand,

entsprechend Ihrem Gutachtenauftrag übersenden wir Ihnen folgendes

**kinderchirurgisches Fachgutachten**

**Abschrift**

über die Behandlung der Patientin **Jopien, Nadine (\*22.03.1990)** in der Kinderchirurgischen Klinik des Klinikums Mannheim GmbH, insbesondere hinsichtlich der Operation am 14.03.2001 (Operateur PD. Dr. med. Christian Lorenz).

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990



## I.

### Gegenstand des Rechtsstreites:

Die Eltern der Patientin, Frau Christel Jopien und Herr Rainer Jopien, werfen Herrn PD. Dr. med. Christian Lorenz vor, die Operation am 14.03.2001 nicht mit der nötigen Sorgfalt vorbereitet und durchgeführt zu haben.

Dies schlußfolgern sie daraus, daß bei den postoperativen kernspintomographischen Untersuchungen der Patientin nachwievor Tumormaterial an den gleichen Stellen, wie vor der Operation, nachweisbar war. Desweiteren begründen sie ihren Vorwurf damit, daß weitere Operationen erforderlich waren, um diese Tumorrreste zu entfernen und zusätzlich auch eine Rippe entfernt werden mußte. Die Eltern schlußfolgern, daß die Entfernung des Tumors gelungen wäre, wenn sich der Operateur (Herr PD. Dr. med. Christian Lorenz) besser auf die Operation vorbereitet und die präoperativen kernspintomographischen Untersuchungen besser angeschaut hätte.

Weiterhin schlußfolgern sie, daß bei primär vollständiger Tumorentfernung ihrem Kind die folgenden Leiden hätten erspart werden können und daß dann eventuell sogar eine Heilung möglich gewesen wäre.

*1. Operation  
10 Cq 6 Stel.*

## II.

Laut Schreiben des Landgerichtes Mannheim vom 07.05.2003 wurden wir zum Sachverständigen für die Ziffer 1 des Beweisbeschlusses bestellt.

Dementsprechend soll Beweis erhoben werden über die Behauptung der Kläger, dem Beklagten, Herrn PD. Dr. med. Christian Lorenz, die nicht vollständige Entfernung des Tumors am 14.03.2001 anzulasten.

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990



**Im einzelnen seien ihm folgende Vorwürfe zu machen:**

1. Der Tumor sei am 14.03.2001 schuldhaft und vermeidbar nicht vollständig entfernt worden.
2. Wäre der Tumor bei der ersten Operation vollständig entfernt worden, wären die Nach-Operationen nicht erforderlich gewesen; insbesondere wäre die Teilresektion der beiden Rippen der Geschädigten anlässlich der 2. Operation vom 07.07.2001 nicht erforderlich gewesen.
3. Der Beklagte, Herr PD. Dr. med. Ch. Lorenz, habe über eine unzureichende Qualifikation für die Vornahme des Eingriffes verfügt; es wäre angezeigt gewesen, die Operation durch einen Neurochirurgen durchführen zu lassen.
4. Die Chancen auf eine erfolgreiche Operation seien durch die fehlende Qualifikation des Beklagten Herrn PD. Dr. med. Ch. Lorenz erheblich geringer gewesen.
5. Es sei überwiegend wahrscheinlich, daß die Krankheitsentwicklung, die schließlich zum Tode der Geschädigten führte, bei vollständiger Tumorentfernung am 14.03.2001 vermieden worden wäre.
6. Unter Berücksichtigung der Umstände des vorliegenden Falles wäre es angezeigt gewesen, bereits präoperativ eine Computertomographie zu veranlassen, um die Lage des Tumor sicher darzustellen, was mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zur Entfernung des Tumors geführt hätte. Auf das ältere, von Klägerseite her mitgebachte Magnetresonanztomogramm habe man sich angesichts des schnell wachsenden Tumors nicht verlassen dürfen.

*Wir weisen  
ihm vor, daß  
es die Rippe  
nicht entfernt hat*

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990



### III.

#### Zur Begutachtung vorliegende Unterlagen bzw. Dokumente:

Zur Erstellung des vorliegenden Gutachtens lagen zahlreiche klinische Unterlagen und Dokumente der Patientin vor, die die gesamte Behandlung vom 13.03.2001 bis zu ihrem Tode am 08.09.2002 dokumentieren. Es fehlten die Befunde der MIBG-Szintigraphie und der histologische Befund von Herrn Prof. Harms aus Kiel. Dieser wurde nur in einem Befundbericht des Patholog. Institutes des Klinikums Mannheim vom 10.05.01 erwähnt. Außerdem lagen zur Begutachtung Aufnahmen der kernspintomographischen Untersuchungen der Pat. vom 01.03.2001, vom 27.03.2001 und vom 17.07.2001 vor. Diese kernspintomographischen Aufnahmen wurden rechtzeitig zur weiteren Begutachtung an Herrn Prof. Dr. med. Jürgens (Universitätsklinik Münster) weitergesandt.

### IV.

#### Sachverhalt:

Dem Arztbrief aus der Kinderklinik des Klinikums Mannheim vom 25.06.2001 ist zu entnehmen, daß die Patientin seit ca. 6 Wochen vor der stationären Aufnahme am 02.03.2001 über progrediente Rückenschmerzen, insbesondere links klagte. Die initial eingeleiteten Urinuntersuchungen waren regelrecht, ebenso die orthopädische Abklärung incl. Röntgenuntersuchungen der Wirbelsäule. Aufgrund einer Hämaturie wurde die Pat. bei einem Urologen vorgestellt, der sonographisch einen Tumor oberhalb der linken Niere feststellte.

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990

  
Marienhospital

Katholisches Krankenhaus Herne  
Universitätsklinik der  
Ruhr-Universität Bochum



Daraufhin wurde am 01.03.2001 in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis, Stürumstraße 10 in Bruchsal eine Computertomographie des Oberbauches und eine Kernspintomographie des Oberbauches durchgeführt. Bei beiden Untersuchungen wurde links retroperitoneal in Höhe der Nebennierenloge ein dem oberen Nierenpol angrenzender und diesen verdrängender, jedoch nicht infiltrierender Tumor mit einer Ausdehnung von 5 x 4,5 x 4,5 cm festgestellt. Der Tumor stellte sich inhomogen mit zystischen und nekrotischen Anteilen dar.

Laut Befund des Kernspintomogramms vom 01.03.2001 infiltrierte der Tumor die linken Neuroforamina Th11 und 12 sowie autochthone Rückenmuskulatur und destruierte die 12. Rippe mediodorsal. Der linke Zwerchfellschenkel zeigte sich abgehoben und wirkte verbreitert, ebenso die Pleura links-basal und paramediastinal. Keine pathologischen Befunde im Bereich der übrigen Oberbauchorgane.

In dem Befund der genannten Untersuchungen vom 01.03.2001 wurde bildanalytisch die Diagnose eines Neuroblastoms links mit neuroforaminärer Infiltration Th11/12 und Infiltration der Rückenmuskulatur sowie der 12. Rippe links gestellt.

Aufgrund dieses kernspintomographischen Befundes wurde die Pat. am 02.03.2001 in der Kinderklinik des Klinikums Mannheim stationär aufgenommen.

Bei der stationären Aufnahmeuntersuchung war das Kind in einem guten Allgemeinzustand, sehr schlank. Im Bereich der linken Flanke war eine 'olente feste Resistenz tastbar. Das übrige Abdomen war klinisch auffällig.

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990

  
Marienhospital

Katholisches Krankenhaus Herne  
Universitätsklinik der  
Ruhr-Universität Bochum



Sonographisch wurde analog zur kernspintomographischen Untersuchung eine retroperitoneale Raumforderung links paravertebral mit einer Ausdehnung von 6 x 4,5 x 3,5 cm cranial der linken Niere festgestellt. Diese Raumforderung war sonographisch gegenüber der linken Niere und der Nebenniere gut abgrenzbar.

Die weiterführende onkologische Diagnostik incl. Knochenmark-Untersuchungen aus 4 Punktionsstellen, Bestimmung der Katecholaminmetaboliten im Urin und im Plasma sowie die MIBG-Scintigraphie (06.03.2001) erbrachte laut Arztbrief vom 25.06.01 keinen pathologischen Befund.  $\Rightarrow$  keine Metastasen

Unter dem Verdacht auf das Vorliegen eines retroperitonealen Neuroblastoms links erfolgte am 14.03.2001 in der Kinderchirurgischen Klinik des Klinikums Mannheim die Resektion des Tumors.

Aus dem vorliegenden Operationsbericht vom 14.03.2001 geht hervor, daß der Zugang zu dem links-paravertebral liegenden Tumor über eine mediane Laparotomie mit Linksumschneidung des Nabels hoch bis unter Xiphoid reichend gewählt wurde. Die linke Niere wurde freigelegt und intakte und morphologisch unauffällige Nebenniere dargestellt. Laut Operationsbericht erschienen diese Strukturen makroskopisch unauffällig, jedoch mesenteriale Lymphknoten auffielen, von denen einer entfernt und später zur histologischen Untersuchung eingesandt wurde.

Diesem Zugangsweg ließ sich der Tumor laut Operationsbericht in der als MRT bekannten Größe von ca. 6 x 4 cm fest der Wirbelsäule dorsalen costovertebralen Gelenke aufliegend tasten. Es wird geschrieben, daß schrittweise zirkulär die Tumorränder freigelegt

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990

  
Marienhospital

Katholisches Krankenhaus Herne  
Universitätsklinik der  
Ruhr-Universität Bochum



Dabei zeigte sich eine innige Beziehung des Tumors zu den Rippenansätzen. Die Untergrenze des Tumors war problemlos darstellbar, die craniale Palpation zeigte jedoch, daß der Tumor durch das Zwerchfell in Richtung Thoraxhöhle reichte, so daß mit der cranialen Umschneidung des Tumorrandes ein Zwerchfeldefekt resultierte.

Es wird ausdrücklich vermerkt, daß bei guter Einsicht auf den oberen Tumorbereich auf eine zusätzliche Inzision des Zwerchfells verzichtet werden konnte.

Der Tumor wurde scharf von den Rippen unter Verwendung der bipolaren Schere abgesetzt. Gleiches Vorgehen im Bereich der wirbelkörperseitigen Verbindung, wobei auf eine Darstellung und Schonung der knapp unterhalb des Tumors abgehenden Lumbalnerven – in 1. Linie des Iliohypogastricus – geachtet wurde. Auch dort wurde der Tumor scharf mit der bipolaren Schere abgesetzt und damit (laut Operationsbericht) vollständig geborgen.

Nach Entfernung des Tumors folgte laut Operationsbericht die „peinlichste Entfernung von suspektem Material von den Rippenverläufen sowie den beiden Foramina intervertebralia bis kein auffälliges und resektionswürdiges Material verblieb“. Es wurden keine Lymphknotenveränderungen in der Region beschrieben.

Während der Operation wurde eine Biopsie des Tumors zur Schnellschnittdiagnostik versandt, deren Befund den V. a. das Vorliegen eines Neuroblastoms bestätigte. Weitere Biopsien, vor allem aus den Tumorrandbereichen wurden gesondert mit dem Präparat zur histologischen Aufarbeitung weitergeleitet.

versucht die  
Haut  
Th 12

Wurde Nerv  
später entfernt?  
Neurochirurg  
taubes Gefühl bis  
zur Bauchdecke

Warum  
war Zippe  
nicht da?  
Holt

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990

  
Marienhospital

Katholisches Krankenhaus Herne  
Universitätsklinik der  
Ruhr-Universität Bochum



Als Besonderheiten wurden in dem Operationsbericht vermerkt:  
„Transdiaphragmale und damit auch intrathorakale Tumorausdehnung,  
Tumor weitgehend radikal entfernt, vorbehaltlich mikroskopischer Anteile,  
SS: Neuroblastom.“ *radikal? Vorgehen!*

Laut Arztbrief aus der Kinderklinik des Klinikums Mannheim vom  
25.06.2001 war der postoperative Verlauf unkompliziert. Die postoperative  
Bildgebung am 27.03.2001 zeigte in dem vorbeschriebenen Bereich  
postoperative Veränderungen, welche am ehesten einem Resttumor auf  
Höhe des Neuroforamens BWK 12 links bis an den Spinalkanal  
heranreichend entsprach. Der paramediane Tumor breitete sich cranial bis  
zum BWK 9 aus (über eine Strecke von 5 cm). In der Beurteilung des  
MRT-Befundes vom 27.03.2001 wird zusammengefaßt: Bei Zustand nach  
partieller Tumorsektion eines paramedianen Neuroblastoms von Höhe  
BWK 9 bis BWK 12 aktuell deutliche postoperative Veränderungen.  
Weiterhin wächst der Tumor auf Höhe BWK 12 bis an den Spinalkanal vor.

*Neurochirurg*

In der histologischen Befundung des Operationspräparates im  
Pathologischen Institut des Klinikums Mannheim vom 16.03.2001 wird der  
resezierte Tumor mit einer Größe von 4 x 2,5 x 2,5 cm beschrieben.  
Sowohl histomorphologisch als auch immunhistochemisch wurde ein  
undifferenziertes Neuroblastom vom Grad II diagnostiziert. Im  
Randbereich des Tumors wurde eine fibröse, kapselartige Begrenzung  
beschrieben. Desweiteren wird in dem histologischen Befund jedoch auch  
daraufhingewiesen, daß die Tumorphasen bis nahezu unmittelbar an  
die ausgeprägt thermisch alterierten Resektionsränder im Bereich der  
kapselartigen fibrösen Randstruktur heranreichen.

*Fall  
Jopien*

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990

  
Marienhospital

  
Katholisches Krankenhaus Herne  
Universitätsklinik der  
Ruhr-Universität Bochum

Aufgrund dieser histologischen Befunde und aufgrund der postoperativen kernspintomographischen Untersuchungen wurde am 24.04.2001 mit einer Poly-Chemotherapie gemäß des Therapieprotokolls NB 97 nach dem Zweig „Standardrisikogruppe“ begonnen.

In den vorliegenden Unterlagen befindet sich ein sogenannter zweiter Zusatzbericht aus dem Pathologischen Institut des Klinikums Mannheim vom 10.05.2001. Darin wird Bezug genommen auf eine referenzpathologische Stellungnahme zum vorliegenden Fall durch Herrn Prof. Dr. med. Harms aus Kiel (der Originalbefund ist in den vorliegenden Unterlagen nicht zu finden). Prof. Harms kam bei der histologischen und histochemischen Untersuchung zu der Diagnose eines **malignen, peripheren neuroektodermalen Tumors (PNET)**.

Aus diesem Grunde wurde die Chemotherapie geändert und nach der kooperativen Weichteilsarkomstudie CWS 96 und zwar nach dem sogenannten high-risk-Schema fortgesetzt.

Letztendlich kam es im weiteren Verlauf jedoch zu einer Tumorprogression unter der Chemotherapie mit zunehmender neurologischer Symptomatik bis hin zur Querschnittslähmung und letztendlich zum Tod der Patientin am 08.09.2002.

V.

#### **Beurteilung:**

Bei der Beurteilung des Behandlungsverlaufes entsprechend dem vorliegenden Gutachtenauftrag wird anhand der in Punkt II des vorliegenden Gutachtens aufgeführten Punkte 1 bis 6 des Beweisführungsbeschlusses argumentiert.

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990

Marienhospital

Katholisches Krankenhaus Herne  
Universitätsklinik der  
Ruhr-Universität Bochum



ad 1)

Herrn PD. Dr. med. Christian Lorenz wird vorgeworfen, anlässlich der 1. Operation am 14.03.2001 den Tumor schuldhaft und vermeidbar nicht vollständig entfernt zu haben. Nach interdisziplinärer Begutachtung wurde präoperativ davon ausgegangen, daß bei der o. g. Patientin ein Neuroblastom links paravertebral im Bereich der Nebenniere vorliegt. Diese Diagnose wurde bildanalytisch anhand des Computertomogrammes und der Kernspintomographie vom 01.03.2001 - durchgeführt in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis in Bruchsal - gestellt. Bei dieser Untersuchung wurde festgestellt, daß der Tumor die autochthone Rückenmuskulatur infiltriert und auch die 12. Rippe links mediodorsal destruiert. D. h., daß der Tumor von vorne herein theoretisch nur dann makroskopisch vollständig zu entfernen war, wenn gleichzeitig die 12. Rippe und größere Anteile der Rückenmuskulatur - verstümmelnd - mitentfernt worden wären. Die weiterführende onkologische Diagnostik, insbesondere die Bestimmung der Tumormarker erbrachte keinen pathologischen Befund, so daß von dieser Seite her die Verdachtsdiagnose Neuroblastom nicht zu objektivieren war.

Es erscheint logisch, daß unter diesen Voraussetzungen nicht mit einer präoperativen Chemotherapie begonnen wurde, sondern der Entschluß gefaßt wurde, den Tumor operativ zu entfernen, um die Dignität und die histologische Diagnose feststellen zu können. Laut *Neuroblastom-Studie IB 97* (unter 5.2.3.1: Operation/Biopsie, Seite 51) besteht das Ziel des chirurgischen Eingriffes im Gegensatz zu den Studien NB 79 - 90 nicht in der radikalen Tumor-Entfernung, sondern in der Gewinnung von Biopsiegewebe zur Histologie und Molekularbiologie. Verstümmelnde Operationen zur vollständigen Tumorentfernung werden abgelehnt.

Das hätte mit uns besprochen werden müssen!

Dazu hätte ich gerne die Meinung von Dr. Lorenz

siehe oben

Teilwunden?

Man widerspricht sich in den Studien. Einerseits geht man radikale Entfernung ab, andererseits fordert man "Tumorentfernung" als Ziel. (Spezialliteratur über selbst die NB 97 mit und ohne Rückblick)

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990

Marienhospital

Katholisches Krankenhaus Herne  
Universitätsklinik der  
Ruhr-Universität Bochum



Die Radikalität kann bei Standardrisikopatienten definitionsgemäß erst beim Zweiteingriff nach vorhergehender Chemotherapie erreicht werden. Dementsprechend wurden die Eltern durch Herrn PD. Dr. med. Lorenz am 13.03.2001 um 15.57 Uhr präoperativ darüber aufgeklärt, daß eine „Tumor-Exstirpation/Reduktion!“ geplant sei. Die Kopie des Aufklärungsbogens lag zur Begutachtung vor, incl. der Unterschriften der Kindeseltern und von Herrn PD. Dr. Lorenz.

Biopsie?

nach der ausführlichen Konsultation

2  
Bestnoten  
wurde nur das  
Risiko einer  
Darmverengung

Anhand des vorliegenden Operationsberichtes vom 14.03.2001 kann geschlußfolgert werden, daß die Operation lege artis durchgeführt worden ist. Die mediane Laparotomie mit Linksumschneidung des Nabels hoch bis unter das Xiphoid reichend ist ein adäquater Zugang, um einen suprarenalen links-paravertebral gelegenen Tumor mit ausreichender Sicherheit darstellen zu können. In Übereinstimmung mit der Neuroblastom-Studie NB 97 wurde bei der primären Operation am 14.03.01, wie im Operationsbericht vermerkt, der Tumor weitgehend radikal entfernt, vorbehaltlich mikroskopischer Anteile.

stimmt nicht

Wie oben bereits angeführt, besteht das Ziel des 1. chirurgischen Eingriffes laut Neuroblastomstudie NB 97 nicht in der radikalen Tumor-Entfernung, sondern in der Gewinnung von Tumorgewebe und allenfalls in der Tumorreduktion. Demzufolge ist zum Zeitpunkt der Primäroperation am 14.03.01 dem Operateur, Herrn PD. Dr. med. Lorenz nicht vorzuwerfen, daß die laut MRT infiltrierte autochthone Rückenmuskulatur und die destruierte 12. Rippe nicht entfernt worden sind. Letztendlich hätte es sich damit um einen verstümmelnden Eingriff gehandelt.

hätte man mit gut begründeten Gründen

Rippen entfernter zählt bereits schon zu  
Schonungsoperationen (Wegentate)

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990



In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (AWMF-Leitlinien Register Nr. 006/076) ist im Kapitel Neuroblastom unter der Überschrift Therapie vermerkt: „Stadienabhängig, im Stadium I alleinige chirurgische Tumorentfernung ausreichend, in den höheren Stadien vorgeschaltete Chemotherapie, chirurgische Tumorentfernung ohne Verstümmelung“.  $\Rightarrow$  Entfernung von Extremitäten

Insgesamt entsprach also das chirurgische Vorgehen am 14.03.2001 sowohl den Richtlinien der *Neuroblastom-Studie NB 97*, als auch den *Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie* ([www.Uni-duesseldorf.de/AWMF](http://www.Uni-duesseldorf.de/AWMF); Leitlinien für Diagnostik und Therapie der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie 2002, Seite 106).

Die Verdachtsdiagnose auf das Vorliegen eines Neuroblastoms wurde zunächst durch die Schnellschnittdiagnostik und die zeitnah gestellte histologische Diagnose eines Neuroblastoms Grad II unterstützt.

Letztendlich ergab jedoch die Befundung durch den Referenzpathologen Herrn Prof. Dr. med. Harms aus Kiel die Diagnose eines peripheren neuroektodermalen Tumors (PNET). Beurteilt man das primär-chirurgische Vorgehen aus der Sicht der geltenden *kooperativen Weichteilsarkom-Studie CWS 96*, so muß man auch hier zu dem Schluß kommen, daß die Operation am 14.03.2001 lege artis durchgeführt worden ist.

Die peripheren neuroektodermalen Tumoren (PNET) gehören zu den sogenannten RMS-artigen Tumoren mit ungünstiger Histologie. Laut CWS 96-Studie lautet die initiale Kernfrage: Ist eine R0-Resektion (also mikroskopisch vollständige Resektion) ohne Verstümmelung möglich oder nicht?

① könnte man Prof. Tressen fragen?

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990

  
Marienhospital

Katholisches Krankenhaus Herne  
Universitätsklinik der  
Ruhr-Universität Bochum

Daß heißt eine vollständige Tumorresektion ist nur dann anzustreben, wenn sie ohne Verstümmelung realisiert werden kann (CWS 96-Studie, Seite 38).

Es wird weiter ausgeführt, daß im Falle einer nicht möglichen, mikroskopisch vollständigen Tumorresektion bei allen RMS-artigen Tumoren, d. h. auch bei sogenannten PNET, primär auch keine marginale Resektion (R1) versucht werden sollte. Marginale R1-Resektionen bedeuten, daß der Tumor makroskopisch vollständig entfernt, jedoch mikroskopische Reste belassen werden. Hier ist der Nutzen, den das Vorhandensein eines makroskopischen Tumolvolumens und damit die Möglichkeit zur Quantifizierung der Chemotherapie-Sensibilität bietet, ungleich höher einzuschätzen, als das potentielle Risiko einer Metastasierung unter Therapie durch die verzögerte Entfernung des Tumors.

} nicht nur  
die Studie  
(Veranschaulichen)

Somit ist auch eindeutig zu belegen, daß selbst unter dem Gesichtspunkt, daß bei der Patientin ein peripherer neuroektodermaler Tumor vorlag, die unvollständige Tumor-Entfernung und Vermeidung des verstümmelnden operativen Vorgehens als **lege artis** zu bezeichnen ist.

Der Vorwurf der schuldhaften unvollständigen Tumor-Entfernung am 14.03.2001 ist demzufolge **abzulehnen**.

ad 2)

Sowohl in der *Neuroblastom-Studie NB 97* als auch in der *kooperativen Weichteilsarkom-Studie CWS 96* ist ein entsprechendes radikales chirurgisches Vorgehen bei der sekundären Operation, insbesondere bei entsprechendem unzureichenden chemotherapeutischen Ansprechen des Tumors vorgeschrieben.

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990

  
Marienhospital

Katholisches Krankenhaus Herne  
Universitätsklinik der  
Ruhr-Universität Bochum

Demzufolge war die 2. Operation und auch die Teilresektion der Rippen bei der Patientin anlässlich der 2. Operation am 07.07.2001 erforderlich, insbesondere da der Tumor nicht auf die durchgeführte Chemotherapie ansprach und weiterhin progredient gewachsen war. Die Notwendigkeit der zweiten Operation resultierte also nicht aus einem etwaigen Behandlungsfehler im Rahmen der primären Operation, sondern entsprach den gegenwärtigen Standard in der Therapie von Neuroblastomen bzw. PNET.

*Scheitern ist doch ein Teil des Lebens  
den müssen wir uns anhöhen.*

**ad 3 und 4)**

Herr PD. Dr. med. Christian Lorenz ist Facharzt für Kinderchirurgie und verfügt über eine umfassende kinderchirurgische Ausbildung. In der *Neuroblastom-Studie NB 97 der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie* (endgültige Fassung vom 30.09.1998) wird auf Seite 56 unter den chirurgischen Richtlinien zur Therapie des Neuroblastoms unter Punkt 1 vermerkt: „Kinder mit Neuroblastomen dürfen nur von einem/er in der Kinderchirurgie erfahrenen Chirurgen/in operiert werden“. Aufgrund seiner Ausbildung und seinen fachlichen Erfahrungen verfügt Herr PD. Dr. med. Ch. Lorenz über eine zureichende Qualifikation für die operative Entfernung eines Neuroblastoms bzw. eines Tumors in entsprechender paravertebralen Lokalisation.

Entsprechend den Richtlinien der *Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie* gehört die operative Entfernung eines Neuroblastoms jeglicher Lokalisation zum Spektrum eines Facharztes für Kinderchirurgie ([www.dgkic.de/inhalt/spektrum.html](http://www.dgkic.de/inhalt/spektrum.html)).

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990

  
Marienhospital

Katholisches Krankenhaus Herne  
Universitätsklinik der  
Ruhr-Universität Bochum

Demzufolge ist der unter Punkt 4 aufgeführte Vorwurf, daß die Chancen auf eine erfolgreiche Operation durch die fehlende Qualifikation des Beklagten (PD. Dr. med. Christian Lorenz) erheblich geringer gewesen seien, **widerlegt**.

**ad 5)**

Unter Punkt 5 wird postuliert, daß es überwiegend wahrscheinlich sei, daß die Krankheitsentwicklung, die schließlich zum Tode der Geschädigten führte, bei vollständiger Tumor-Entfernung am 14.03.2001 vermieden worden wäre.

Wie bereits zu Punkt 1 angeführt, wird weder in der Neuroblastom-Studie NB 97 der *Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie* noch in der kooperativen Weichteilsarkom-Studie CWS 96 die primär radikale Tumor-Entfernung als prognostisch entscheidende chirurgische Maßnahme angeführt. Wie bereits erwähnt, wird sogar in beiden Studien daraufhingewiesen, daß eine primäre verstümmelnde vollständige Tumor-Entfernung abzulehnen ist.

In der kooperativen Weichteilsarkom-Studie CWS 96 wird, wie bereits erwähnt, darauf eingegangen, daß es sinnvoll erscheint, auch auf eine marginale R1-Resektion des Tumors zu verzichten. Unter diesem Gesichtspunkt erscheint die Hypothese, daß es überwiegend wahrscheinlich sei, daß die Krankheitsentwicklung, die schließlich zum Tode der Geschädigten führte, bei vollständiger Tumor-Entfernung am 14.03.2001 vermieden worden wäre, rein spekulativ und aus fachlicher Sicht **nicht haltbar**.

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990



Vielmehr führte die Aggressivität und die hohe Proliferationsrate sowie die totale Chemotherapie-Resistenz des hoch-malignen peripheren neuroektodermalen Tumors zu einem raschen progressiven Wachstum des Tumors, der selbst durch wiederholte chirurgische Maßnahmen und intensive chemotherapeutische Behandlung nicht aufgehalten werden konnte und letztendlich neurologische Symptome im Sinne einer Querschnittslähmung und schließlich den Exitus letalis der Patientin verursachte.

Nadine 2001  
nicht an  
Querschnitt  
Lähmung an  
Neuroblasten

**ad 6)**

Unter Punkt 6 wird den Behandlern vorgeworfen, daß man sich nicht auf die Befunde des Computertomogramms vom 01.03.2001 hätte verlassen dürfen, insbesondere hinsichtlich des vorliegenden, schnell wachsenden Tumors. Vielmehr wäre präoperativ vor der Operation am 14.03.2001 ein weiteres Computertomogramm notwendig gewesen.

Bereits in den Untersuchungen vom 01.03.2001 ist die Ausdehnung des Tumors und die Infiltration der autochthonen Rückenmuskulatur und Destruktion der 12. Rippe durch den Tumor sichtbar gewesen. Letztendlich ergab sich schon zu diesem Zeitpunkt, daß der Tumor nicht mikroskopisch vollständig zu reseziieren war, es sei denn, man hätte entgegen den sich aus allen bisherigen Therapiestudien ergebenden Richtlinien eine Verstümmelung in Kauf genommen. Aus diesem Grund kam logischerweise bei der primären Operation am 14.03.2001 nur eine makroskopisch vollständige Resektion bzw. eine möglichst große Tumorreduktion in Frage.

Eine unmittelbar präoperativ angefertigte, weitere bildgebende Diagnostik hätte keine weiteren Informationen gebracht, die eine entscheidende Konsequenz für das operative Vorgehen hätte bewirken können.

Das wurde auf uns nicht  
berücksichtigt.

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990



Auch eine weitere bildgebende Diagnostik unmittelbar vor der Operation am 14.03.2001 hätte die Wahrscheinlichkeit für eine mikroskopische vollständige Resektion des Tumors ohne Verstümmelung **nicht** erhöhen können.

## VI.

### Zusammenfassung:

In vollständiger Übereinstimmung mit der *Neuroblastom-Studie NB 97* der *Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie* und der *kooperativen Weichteilsarkom-Studie CWS 96* sowie den *Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie* wurde der Tumor bei der Pat. am 14.03.2001 soweit als möglich makroskopisch vollständig entfernt unter Verzicht auf verstümmelnde Maßnahmen und unter Inkaufnehmen des Verbleibens eines mikroskopischen Tumorrestes. Demzufolge konnte bei der kernspintomographischen Kontrolluntersuchung am 27.03.2001 ein entsprechender Resttumor festgestellt werden.

Rippe entfernt  
fällt heute auf  
unter Schönheits-  
operation  
Viel Spaß!

Ausgehend vom gegenwärtigen Erkenntnisstand war dieses primäre operative Vorgehen nicht entscheidend für die ungünstige Prognose des Tumorleidens der Patientin. Vielmehr war der letale Ausgang der Erkrankung bedingt durch die **hohe Aggressivität und Malignität des vorliegenden peripheren neuroektodermalen Tumors und dessen fast vollständige Chemotherapie-Resistenz.**

Der primär tätige Operateur, Herr PD. Dr. med. Christian Lorenz verfügt durch eine kinderchirurgische Ausbildung über eine ausreichende Qualifikation, um solche onkologischen Operationen bei Kindern durchführen zu können.

schulnote 4

AZ: 3 O 446/02

Jopien, Nadine, \*22.03.1990



Die Frage, ob eine vollständige primäre Tumor-Entfernung am 14.03.2001 zu einer entscheidenden Verbesserung der Prognose des Tumorleidens bei der Pat. geführt hätte, ist rein spekulativ und läßt sich nur dahingehend beantworten, daß bei der infiltrativen Ausdehnung eine mikroskopisch vollständige Resektion des Tumors so gut wie ausgeschlossen war.

Zusammenfassend läßt sich unter Berücksichtigung aller vorliegenden Unterlagen, insbesondere hinsichtlich der primären Operation am 14.03.2001 kein Behandlungsfehler erkennen.

*obwohl er nicht wusste was er tat, bekommt er nachträglich einen Bescheid*

Aufgrund persönlicher Urteilsbildung

Prof. Dr. med. J. Engert

Priv.-Doz. Dr. med. B. Tillig  
Oberarzt