



# UNIVERSITÄTS FREIBURG KLINIKUM

NEUROCHIRURGISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK  
ABTEILUNG ALLGEMEINE NEUROCHIRURGIE  
NEUROZENTRUM

Neurochirurgische Universitätsklinik •  
Breisacher Straße 64 • D-79106 Freiburg

Landgericht Mannheim  
3. Zivilkammer  
z.Hd. Herrn Dr. Weigenand  
Vors. Richter am Landgericht  
**68149 Mannheim**

Ärztlicher Direktor  
Universitätsprofessor Dr. med. J. Zentner

Telefon: 0761 / 270 – 5012  
Telefax: 0761 / 270 – 5102

Vert.	Frist not.	Freiburg, den 11.09.2006	KR/ KfA	Mdt.:
RA	<b>EINGEGANGEN</b>			Kenn- nisi.
SB	6 OKT. 2006			Rück- spr.
Rück- spr.	schmid.law.net Anwaltskanzlei Martin Schmid			Zeh- lung
zdA				Stel- lung

28. SEP. 2006

**Aktenzeichen : 3 O 446/02**

**Rechtsstreit Jopien u. a. gegen Lorenz u.a.**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Richter Dr. Weigenand,

ergänzend nehme ich nachfolgend Stellung zum einen zu den vom Klägervertreter im Schriftsatz vom 17.02.2006 aufgeworfenen Fragen, zweitens zu der Stellungnahme von Herrn Dr. Serve vom Medizinischen Dienst.

Zu den von Klägervertretern aufgeworfenen Fragen:

- 1. Wie lange wäre anhand der vorliegenden Daten des Tumors und des damaligen Status quo der Zeitraum zwischen Laminektomie und (bei initial kompletter Ausräumung des Tumors) Rezidiv voraussichtlich gewesen?**

Die komplette Entfernung einer spinalen Metastase ist in der Regel unmöglich. Man kann höchstens von einer Entlastung bzw. Dekompression

des Rückenmarks sprechen. Eine postoperative Bestrahlung wird das Rezidiv hinauszögern. Das Auftreten eines Rezidivs, bzw. der Zeitraum zwischen Operation und Rezidiv ist abhängig von der Ausdehnung des Tumors, der Art des Tumors und der Strahlenempfindlichkeit des Tumors. Das Rezidivieren eines intraspinalen Tumors kann abhängig von diesen Kriterien in einem Zeitraum zwischen wenigen Wochen und mehreren Monaten auftreten.

- 2. Hätte nach sofortiger Ausräumung des Tumors die Möglichkeit bestanden, wiederkehrende Rezidive sofort nach Erkennen der ersten Symptome minimal-invasiv zu operieren, ggf. wiederholt zu operieren, ggf. wie oft mit jeweils wie langer, voraussichtlicher „Beschwerdefreiheit“?**

Wiederkehrende Rezidive werden in den seltensten Fällen nachoperiert. Nur bei allgemein günstigerer Prognose (guter Allgemeinzustand, Heilung des Primärtumors, keine weitere Metastase) wird die erneute Operation in Erwägung gezogen. Es ist bekannt, dass eine Rezidiv-Operation nur für kurze Zeit Erfolgschancen hat. Minimal-invasive Methoden zur Operation eines infiltrativen Prozesses gibt es nicht.

**Zu der Stellungnahme von Dr. Serve vom Medizinischen Dienst:**

- 1. Nach der rechtzeitigen operativen Entfernung der intraspinalen Tumoranteile unter Belassung der Tumoranteile im Neuroforamen wäre als ergänzende Therapie eine Bestrahlung in Höhe BWK 4/5 zur lokalen Tumorkontrolle zur Verfügung gestanden, mit dem Ergebnis eines progressionsfreien Zeitraums über mehrere Monate. Im Prinzip hätte bei erneuter Tumorprogression mit**

**intraspinaler Ausdehnung auch im Rahmen einer Zweitoperation nochmals eine Tumorreduktion und eine Querschnittvermeidung stattfinden können.**

Wie ich schon in meinem Gutachten und auch in der Beantwortung der vorigen Frage erwähnt habe, ist ein metastatischer, infiltrativer Tumor des Spinalkanals in der Regel nicht total entfernbar. Es handelt sich höchstens um eine Dekompression des Myelons. Der Erfolg, bzw. die Chance auf eine postoperative Besserung der neurologischen Ausfälle sind nicht nur abhängig von dem Ausmaß und der Dauer der neurologischen Ausfälle, sondern auch von der Geschwindigkeit, in der sich die neurologischen Ausfälle entwickelt haben. Neurologische Ausfälle, die sich über sehr kurze Zeit akut von 100 auf 0 entwickeln, sind prognostisch ein sehr schlechtes Zeichen des Tumorgeschehens. Der progressionsfreie Zeitraum eines Primärtumors ist kein Maßstab für die Tumorprogression der intraspinalen Metastase. Wie schon zuvor erwähnt, sind erneute Operationen bei Rezidivierung von Metastasen sinnlos.

- 2. Es sei hier nochmals darauf hingewiesen, dass der paravertebrale und intraspinale Tumor in Höhe BWK 12 nach Tumorreduktion im Juli 2001 mit anschließender Bestrahlung im August/September 2001 im weiteren Behandlungsverlauf kein lokales Tumorwachstum mit erneutem Einwachsen in den Spinalkanal zeigte und somit durchaus lokal kontrolliert werden konnte.**

Die sogenannte lokale Tumorkontrolle liegt in dem Zeitraum von 24.07.2001 bis 16.10.2001, von also genau 3 Monaten (!?). Trotz weiterer Chemotherapie zeigte sich ein deutlicher Tumorprogreß mit mehreren pulmonalen Absiedelungen, was zu einer Beendigung der Therapie geführt hatte und zu der Entscheidung eines weiteren palliativen Regims. Es hat zwar eine Größenkonstanz des Primärtumors für drei Monate gegeben, von einer Kontrolle des Tumorgeschehens kann jedoch nicht die Rede sein.

**3. Zusammenfassend ist nochmals auf den hypothetischen Charakter der Aussage des Gerichtsgutachters hinzuweisen. Die nicht sofort durchgeführte bildgebende Untersuchung der Wirbelsäule bei der Versicherten Nadine – trotz eindeutiger klinischer Symptomatik und bekannter Vorgeschichte – stellt einen eindeutigen Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln und gesicherte medizinische Erkenntnisse dar, es handelt sich um einen Fehler, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich ist und einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.**

Der sogenannte „hypothetische Charakter“ meiner Aussage in meinem Gutachten beruht auf 25 Jahren Erfahrung in der Neurochirurgie. Bei sich sehr rasch entwickelnden, neurologischen Ausfällen, verursacht durch ein malignes, infiltrierendes Tumorleiden, wie es sich in dem vorliegenden Begutachtungsfall handelt, hätten weder die Operation noch der Zeitpunkt der Operation einen entscheidenden Einfluss auf den weiteren Verlauf nehmen können.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. v. Velthoven-Wurster