

# Sklerodermiformes Basalzellkarzinom an der Wange unter der (Fehl-)Diagnose einer Aknenarbe

## Sclerodermiform Basal Cell Carcinoma Misdiagnosed as Acne Scar

### Autoren

P. Lehmann<sup>1</sup>, P.-H. Gröne<sup>2</sup>

### Institute

- 1 Helios Universitätsklinikum Wuppertal, Klinik für Dermatologie, Allergologie und Dermatochirurgie, Universität Witten-Herdecke
- 2 Vorsitzender Richter am Landessozialgericht a. D., stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1062-9367> |

Online-Publikation: 16.1.2020 |

Akt Dermatol 2020; 46: 303–306

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0340-2541

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Percy Lehmann, Helios Universitätsklinikum Wuppertal, Klinik für Dermatologie, Allergologie und Dermatochirurgie, Universität Witten-Herdecke, Heusnerstr. 40, 42283 Wuppertal  
Percy.Lehmann@helios-gesundheit.de

### ZUSAMMENFASSUNG

Eine Patientin stellte sich 4 Mal vor etwa 10 Jahren und vor 6 Jahren bei dem beklagten Hautarzt zum Hautkrebscreening vor. In der ärztlichen Dokumentation wurde jeweils

eine Narbe aufgrund einer Akne tarda befundet. Vor 2 Jahren stellte sich die Patientin bei einem anderen Hautfacharzt vor, der eine Biopsie entnahm, die ein sklerodermiformes Basalzellkarzinom ergab. Es musste eine komplexe operative Sanierung durchgeführt werden mit entsprechenden Komplikationen wie Nervenschädigungen, Gefühlsstörungen und Formveränderungen des Gesichtes. Die Gutachterkommission hat dies als Befunderhebungsfehler dem beklagten Arzt attestiert, zumal er nach dem 4., aber spätestens nach dem 5. Vorstellungsbuchung zum Hautkrebscreening seine Diagnose mittels einer Probebiopsie hätte überprüfen müssen. Dies entspricht dem Facharztstandard, dem das Vorgehen des Facharztes in diesem Falle nicht gerecht wurde.

### ABSTRACT

A female patient presented herself to a dermatologist for skin cancer screening 4 times for about 10 years ago and 6 years ago. In the medical documentation a scar due to acne was described. After presentation to a different dermatologist 2 years ago a biopsy was taken and a sclerodermiform basal cell carcinoma was diagnosed. A complex operation had to be performed with several complications. According to the standard of a medical specialist a diagnostic error was attested because the accused dermatologist did not take a biopsy in order to verify his diagnosis in the course of the various consultations.

### Klinischer Fall

Eine Patientin stellte sich 4 Mal vor etwa 10 Jahren und vor 6 Jahren bei dem beklagten Hautarzt jeweils zum Hautkrebscreening vor. In der ärztlichen Dokumentation wurde die infrage stehende Hautveränderung laut Aknenarbe von dem Dermatologen 8 Jahre zuvor als hyper- und hypotrophe Narbe nach Abszess im Rahmen der Schwangerschaft gedeutet (► **Abb. 1**).

Die Patientin stellte den Gutachtern private Fotos zur Verfügung, auf denen die hypotrophe Narbe bereits vor 12 Jahren deutlich sichtbar war, ohne dass aus den Bildern eine Diagnose zu stellen wäre. Die Patientin stellte mehrere klinische Fotos aus Urlauben u. a. zur Verfügung und anhand der Fotos ist bereits vor 10 Jahren eine Größenprogredienz gegenüber den Voraufnahmen erkennbar. Dem Hautarzt lagen diese Fotos nicht vor

und er hatte auch nicht die Möglichkeit entsprechende Verlaufs-Dokumentationen durchzuführen.

Der beklagte Arzt hat diese Hautveränderung als Narbe im Rahmen einer Akne tarda gesehen, die zum Teil einen konglobierenden Charakter hatte.

Die Antragstellerin gab an, dass sie insbesondere vor 9 Jahren den Dermatologen gebeten hatte, die Wucherung zu entfernen. In der Akte des Dermatologen ist dies jedoch nicht dokumentiert und ein Streitiges Vorbringen.

Vor 2 Jahren begab sich die Patientin zu einem anderen Arzt, der den Tumor entfernte, wobei sich hier ein großes, sklerodermiformes Basaliom mit Tumordicke von 9,8 mm herausstellte. Es war eine große Lappenplastik notwendig mit konsekutiver Narbenbildung sowie kosmetischen Beeinträchtigungen der Patientin. Die Patientin beklagt nun im Weiteren die Beein-

trächtigung von Gesichtsnerven, Taubheit und Probleme beim Essen und Sprechen sowie weiterhin bestehende Schmerzen. Die Patientin ist in den 80er-Jahren geboren.

Zur Klärung des Sachverhaltes erbat die Gutachterkommission in Ergänzung der von der Antragstellerseite eingereichten Unterlagen eine Stellungnahme des beklagten Arztes sowie dessen Behandlungsunterlagen.

Der Hautarzt führte dazu aus, dass die Antragstellerin eine stets zu Akne neigende Gesichtshaut mit sämtlichen daraus resultierenden Hautveränderungen aufgewiesen habe. Die Befunde seien mit einer Acne tarda sehr gut vereinbar gewesen. Es habe sich nicht das typische Bild des Basalzellkarzinoms gezeigt. Es habe sich kein Hinweis auf etwaige Größenprogredienz ergeben. Die Antragstellerin habe kein Bluten, kein Wundsein der Stelle geschildert, wie es für ein Basalzellkarzinom üblich ist. Es hätten sämtliche typische Zeichen der Dermatoskopie für ein Basalzellkarzinom gefehlt. Auch das ebenfalls relativ junge Alter der Patientin spreche nicht für ein typisches Basalzellkarzinom. Dieses habe sich erst später mit aggressiver Wachstumstendenz aus der beschriebenen Narbe heraus entwickelt. Die mehrfache empfohlene jährliche Konsultation hätte ihm eine Vergleichbarkeit und Erkennen einer Wachstumstendenz ermöglicht. Dies hätte allerdings nicht stattgefunden. Die großen zeitlichen Abstände, in denen sich die Patientin zur Hautkrebsvorsorge vorgestellt habe, hätte ihm ein Vorvergleich der Hautveränderungen nicht möglich gemacht. Die Möglichkeit die Stelle anhand diverser Fotografien zu vergleichen, habe sich ihm leider nicht geboten. Der später aufgetretene Tumor wäre sicherlich in wesentlich geringerer und unkomplizierter Ausdehnung entdeckt worden, wenn die Patientin sich nach der letzten Vorstellung vor 6 Jahren an die jährliche Vorsorgeuntersuchung gehalten hätte. Dann wäre das Basalzellkarzinom sicherlich zu Tage getreten und hätte immer noch ohne die leider aufgetretenen schwerwiegenden Folgen entfernt werden können.

In der ärztlichen Dokumentation wurde der Befund jeweils als hyper- und hypotrophe Narbe diagnostiziert und vor 8 Jahren auch etwas ausführlicher beschrieben bei gleicher Interpretation wie in den Vorjahren.

Mit diesen Unterlagen bat die Gutachterkommission einen Fachexperten um eine fachsachverständige Beurteilung.

## Der Gutachter kam zu folgender Beurteilung

Auf den von der Antragstellerin eingereichten Fotos sei zu erkennen, dass die Hautläsion bereits vor 10 Jahren auffällig gewesen sei. Bei der auf den Fotos erkennbaren Hautveränderung hätte statt der angenommenen Diagnose Keloid und hypotrophe Narbe auch eine Tumordiagnose in Betracht gezogen werden müssen.

Die Argumentation des Antragsgegners, dass nicht zu beurteilen ist, ob zum Zeitpunkt der Untersuchung das Basalzellkarzinom an der Wange bereits vorhanden gewesen sei oder ob es sich erst später bei aknebelasteter Haut aus einer Narbe heraus entwickelt habe, sei prinzipiell nachvollziehbar.



► **Abb. 1** Sklerodermiformes Basalzellkarzinom perinasal links (nicht der beschriebene Fall). Klinisch schwierig zu erkennen. Bei wiederholten Besuchen und Größenprogredienz ist eine histologische Abklärung erforderlich. Ansonsten liegt ein Befunderhebungsfehler vor.

Jedoch sei der auffällige Hautbefund, der später als Basalzellkarzinom diagnostiziert worden sei, vor 10 Jahren bereits deutlich zu erkennen gewesen mit Wachstumstendenz. V. a. bei den mehrfachen Folgeuntersuchungen hätte der Arzt die Pflicht gehabt, nach Facharztstandard seine ursprüngliche Diagnose zu überprüfen. Daher sei von einem Befunderhebungsfehler auszugehen, der dazu geführt habe, dass eine für die Diagnose notwendige Untersuchung, nämlich die Gewebeprobe zur Sicherung der Diagnose mit anschließender Exzision, nicht erfolgt sei. Dies hätte spätestens vor 8 oder 6 Jahren erfolgen müssen. Die verzögerte Diagnosestellung habe zu einer Tumorgredienz mit den bekannten Folgen geführt.

Dieses Gutachten wurde den Beteiligten zur Kenntnis gebracht. Der beklagte Hautfacharzt bat die Gutachterkommission um ein abschließendes Gutachten. Die Antragstellerin hat sich zum Fachgutachten und zur Stellungnahme des Antragsgegners nicht geäußert, sodass die Gutachterkommission zu einem zusammenfassenden abschließenden Gutachten aufgefordert wurde.

Die Gutachterkommission hat den Sachverhalt dann erneut einer vollständigen und eigenständigen Überprüfung unterzogen. Sie stimmte hiernach der Begutachtung des Sachverhaltes durch den Fachsachverständigen zu. Das Gutachten sei schlüssig und überzeugend, sodass kein Anlass besteht, von seinen Bewertungen abzugehen. Im Ergebnis ist davon auszugehen, dass dem Antragsgegner ein Behandlungsfehler im Sinne eines

Befunderhebungsfehlers vorzuwerfen ist. Bei der Beurteilung des Behandlungsverlaufs stützt die Kommission ihre Entscheidung insofern ausschließlich auf die ärztliche Dokumentation der Behandlung und ggf. auf das übereinstimmende Vorbringen der Beteiligten. Weiterhin stützt sie die Entscheidung auf beigezogene Behandlungsunterlagen der vor- und nachbehandelnden Ärzte einschließlich der übrigen beigezogenen entscheidungserheblichen Unterlagen. Der streitige Vortrag der Beteiligten muss unberücksichtigt bleiben, da der Kommission weitere Ermittlungsmöglichkeiten wie z. B. die Anhörung von Zeugen oder Beteiligten verwehrt wird.

Die von der Antragstellerin 4 Mal aus dem Zeitraum vor 6–10 Jahren eingereichten privaten Fotos hat der Antragsgegner eingesehen und nicht bestritten. Ob die Antragstellerin den Antragsgegner bei der Untersuchung vor 9 Jahren gebeten habe, die Wucherung zu entfernen, ist nicht dokumentiert und streitiges Vorbringen.

## Die Gutachterkommission geht bei ihrer Beurteilung von Folgendem aus

Die Antragstellerin war 4 Mal vor etwa 10 Jahren und vor 6 Jahren beim Antragsgegner vorstellig, wobei jeweils Krebsuntersuchungen vorgenommen wurden. Die suspektae Läsion wurde vor 8 Jahren als hypo- und hypertrophe Narbe nach Abszess im Rahmen der Schwangerschaft gedeutet. Spätestens vor 8 Jahren, aber insbesondere auch vor 6 Jahren hätte der beklagte Arzt seine ursprüngliche Diagnose überprüfen müssen und mittels einer Probebiopsie verifizieren sollen. Dies entspricht dem Facharztstandard, da bei Zweifeln an der ursprünglichen Diagnose zur Sicherung eine Probebiopsie zur Fokussierung der Diagnose durchzuführen ist.

Für Zweifel an der ursprünglichen Diagnose sprechen die Größenprogredienz und die ansonsten ziemlich makellose Haut der Antragstellerin wie sie in den Bildern dargestellt ist. Dies spricht nicht für den Befund einer Acne conglobata, wobei dann mehrere abszedierende Knoten entstehen würden mit konsekutiver Narbenbildung. Die Antragstellerin hatte eine einzelne Läsion an der Wange links, die sich dann letztlich als sklerodermiformes Basalzellkarzinom darstellte. Eine einzelne Aknenarbe bei schwerwiegender Akne ist sehr selten. Meist betrifft diese mehrere Hautareale, wobei die Narben dann multipel sind. Dies hätte auch durchaus zu Zweifel an der Ursprungsdiagnose führen müssen.

Die Gutachterkommission sieht spätestens vor 6 Jahren einen Behandlungsfehler i. S. eines Befunderhebungsfehlers, der mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (mehr als 50%) einen reaktionspflichtigen Befund ergeben hätte. Die gedachte weitere Behandlung hätte der Antragstellerin mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (mehr als 50%) weiteren Gesundheitsschaden erspart. Der Antragsgegner kann sich insofern nicht darauf berufen, dass die Antragstellerin in den letzten 6 Jahren nicht jährlich die Vorsorgeuntersuchung wahrgenommen hat, auch wenn dann das Basalzellkarzinom klarer zu Tage getreten wäre.

Dass der festgestellte Behandlungsfehler für den weiteren Gesundheitsschaden kausal ist, steht für die Gutachterkommission jedoch außer Frage.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass der von der Antragstellerin gegenüber dem Antragsgegner erhobene Vorwurf ärztlicher Behandlungsfehler berechtigt ist.

## Diskussion

Entsprechend des Facharztstandards und der aktuellen Leitlinie stellt die Inspektion des Patienten ohne Hilfsmittel eine geeignete Methode dar, eine klinische Verdachtsdiagnose bei Basalzellkarzinom zu stellen [1]. Allerdings sind die klinischen Erscheinungsformen des Basalzellkarzinoms vielgestaltig [2, 3]. Insbesondere das sklerodermiforme Basalzellkarzinom, das hier vorlag, zeigt ein weißliches atrophisches Erscheinungsbild, das allein keinen sicheren Rückschluss auf den histologischen Subtyp und die Diagnose erlaubt [4, 5]. Eine einzelne hypotrophe, zum Teil hypertrophe Narbe an der Wange ohne sonstigen Befund an der Gesichtshaut macht eine Acne conglobata unwahrscheinlich. Auch wenn klinisch ein sklerodermiformes Basalzellkarzinom, wie auch in der Literatur dokumentiert, schwer zu erfassen ist, muss bei wiederholten Inspektionen eine Hautveränderung mit Größenprogredienz, die narbig imponiert, verdächtig erscheinen. Nach Facharztstand ist dann eine Probebiopsie erforderlich [6–8]. Dies ist hier nicht geschehen.

In Zusammenschau aller Befunde wurde somit dem Hautfacharzt ein Behandlungsfehler attestiert, der zu gesundheitlichen Folgen für die Patientin geführt hat.

### ZUM RECHTLICHEN

Die Gutachterkommission hatte hier in der unterbliebenen Erhebung der medizinischen Befunde zwar keinen groben ärztlichen Fehler (schwerer Befunderhebungsfehler) gesehen, der für sich bereits zur Umkehr der Beweislast geführt hätte. Aber auch dann, wenn sich bei der gebotenen Abklärung der Symptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (mehr als 50 Prozent) ein so deutlicher und gravierender Befund ergeben hätte, dass sich dessen Verkennung als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde und die gedachte Reaktion generell geeignet gewesen wäre, den tatsächlich eingetretenen Gesundheitsschaden zu vermeiden, kann sich der Patient auf die Beweiserleichterung der Umkehr der Beweislast berufen.

Eine Umkehr der Beweislast ist nur dann ausgeschlossen, wenn jeglicher Ursachenzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist oder es dem belasteten Arzt gelingt, zu beweisen, dass der Kausalzusammenhang zwischen dem Ausmaß des Basalzellkarzinoms bei der Diagnose vor 2 Jahren und seinem Behandlungsfehler (das Unterlassen einer Probebiopsie vor 6 Jahren) nicht vorliegt. Ihm wird es schwerlich gelingen, dies zu beweisen [9].

### Interessenkonflikt

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

## Literatur

---

- [1] Lang BM, Balermipas P, Bauer A et al. S2k-Leitlinie Basalzellkarzinom der Haut, Aktualisierung 2017/2018. *J Deutsch Dermatol Gesellschaft* 2019; 17: 94–104
- [2] Christensen E, Mjones P, Grimstad Ø et al. Diagnostic accuracy in subtyping basal cell carcinoma by clinical diagnosis compared with punch biopsy. *Aca Derma Venereol* 2016; 96: 862–863
- [3] Roozeboom MH, Kreukels H, Nelemans PJ et al. Subtyping basal cell carcinoma by clinical diagnosis versus punch biopsy. *Acta Derm Venereol* 2015; 95: 996–998
- [4] Ahnlide I, Zalaudek I, Nilsson F et al. Preoperative prediction of histopathological outcome in basal cell carcinoma: flat surface and multipole small erosions predict superficial basal cell carcinoma in lighter skin types. *Br J Dermatol* 2016; 175: 751–761
- [5] Wallig HW, Fosko SW, Geraminejad PA et al. Aggressive basal cell carcinoma: presentation, pathogenesis, and management. *Cancer Metastasis Rev* 2004; 23: 389–402
- [6] Friedrich RE, Giese M, Li L et al. Diagnosis, treatment and follow-up control in 124 patients with basal cell carcinoma of the maxillofacial region treated from 1992–1997. *Anticancer Res* 2005; 25: 1693–1697
- [7] Cavelier-Balloy B. Sclerodermiform basal cell carcinoma (morphealike basal cell carcinoma). *Ann Dermatol Venereol* 2005; 131: 307–308
- [8] Pranteda G, Grimaldi M, Lombardi M et al. Basal cell carcinoma: differences according to anatomic location and clinical-pathological subtypes. *G Ital Dermatol Venereol* 2014; 149: 423–426
- [9] Gröne PH, Weber B. Befunderhebungsfehler vor der Verordnung von Kontrazeptiva. *Rheinisches-Ärztblatt* 2019; 1: 233–239