

Die Bedeutung von Leitlinien im Rahmen der Behandlungsfehler-Begutachtung

Martin L. Hansis

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen

ZUSAMMENFASSUNG

Nur die Formulierung von allgemein zugänglichen Leitlinien (anstelle einer hausinternen „Schule“ oder eines stillen Konsenses) stellt sicher, dass sich der vor Ort handelnde Arzt nach denselben Spielregeln richten kann, wie sie dann später auch der Gutachter in einem angenommenen Behandlungsfehler-Streitfall anwendet. Gerade dann, wenn der medizinischen Vielfalt und Innovation Spielraum gegeben werden soll, brauchen Arzt und Patient Rechtssicherheit darüber, was zum jeweiligen Zeitpunkt als „normal“, als „guter Standard“ anzusehen ist. Die Behandlungsfehler-Begutachtung, die sich nicht auf konsentrierte Leitlinien stützen kann, wird unter den heutigen Bedingungen mehr und mehr zum Roulette-Spiel mutieren. Dies gilt vor allem für die Bereiche der Innovation (wo eine laufende kommentierende Begleitung durch Leitlinien notwendig ist), ungeklärter Schulenstreits (wo z.B. eine Leitlinie ein ausdrückliches „sowohl-als auch“ formuliert) und die medizinisch-ökonomische Balance (wo die Leitlinie evidenzbasiert angemessene, aber unterschiedlich teure Verfahren benennt).

Sachwörter: Leitlinien, Behandlungsfehler, guter ärztlicher Standard

„Behandlungsfehler sind Verstöße des Arztes oder sonstiger mit der Heilbehandlung befasster Personen ... gegen die Regeln eines guten Behandlungsstandards“ (1). So und vergleichbar äußern sich zahlreiche Autoren, wenn es um die Definition dessen geht, was der Arzt seinem Patienten antun kann, ohne eine unerlaubte Handlung oder eine Sorgfaltspflichtverletzung zu begehen. Der „gute Behandlungsstandard“ kann dabei nicht einfach einer allgemeinen ärztlichen Praxis gleichgestellt werden, vor allem dann nicht, wenn es gilt, einen allgemein eingerissenen und eingebürgerten Schlen-drian abzugrenzen (2). Der gute Medizinische Standard ist auch nicht einfach diejenige Praxis, die in einer bestimmten Situation seit jeher geübt wird – vielmehr wird er sich

mit dem medizinischen Fortschritt weiterentwickeln. Andererseits kann der „gute Behandlungsstandard“ naturgemäß nicht mit dem Befolgen jedweder Innovation gleichgesetzt werden; es kann lange Zeit dauern, bis aus einer medizinischen Neuentwicklung ein allgemein akzeptiertes Konzept geworden ist. Die Frage, was denn nun „guter ärztlicher Behandlungsstandard“ sei, wird sich in der Beurteilung jedes einzelnen Behandlungsfehler-Vorwurfs zur Schlüsselfrage entwickeln. Sie wird – was die rechtliche Wichtung betrifft – naturgemäß von den (Instanz-)Gerichten entschieden. Diese stützen sich jedoch gerade in dieser Frage notwendigerweise auf sachverständigen ärztlichen Rat. Damit kommt dem ärztlichen Sachverständigen gerade in der Wichtung des

aktuellen Handelns gegenüber dem allgemein akzeptierten Wissen eminente Bedeutung zu.

Der „gute Behandlungsstandard“ ist mithin seit jeher die Meßlatte, an der eine stattgehabte und möglicherweise fehlerhafte Behandlung gemessen wird. Dabei ist es zunächst unerheblich, ob sich dieser Standard lediglich implizit (quasi als Mainstream) z.B. innerhalb einer Fachgruppe etabliert hat, oder ob er explizit als Leitlinie formuliert wurde. So wie es jedoch jeder potentiell konfliktträchtigen Gruppierung bzw. Tätigkeit nützt, die konsentrierten Spielregeln möglichst öffentlich zugänglich zu machen, so dient es auch in der hochproblematischen Situation „Behandlungsfehler-Begutachtung“ deren Qualität und Akzeptanz, wenn die dort zugrundezulegenden medizinisch-inhaltlichen Spielregeln in Form konsentrierter Leitlinien öffentliches Gut sind. Dies gilt vor allem aus drei Gründen:

MEDIZINISCHE INNOVATION

„Ein Arzt muß sich zwar mit neuen Entwicklungen in der Medizin beschäftigen und auseinandersetzen; er darf auch nicht einfach Behandlungen in einer bestimmten Weise vornehmen, nur weil er es so gelernt hat. Andererseits darf aber der Patient nicht mit jeder neuen Behandlungsmethode überzogen werden,



die noch nicht oder noch nicht hinreichend abgesichert ist.“ (3)

Ab wann ist ein Anschluss an eine medizinische Innovation erlaubt, ab wann ist sie zwingend? Welchen Stellenwert haben persönliche Erfahrungen, eigene Vorsicht, Skepsis gegen medizinische Modeströmungen, gegenüber der Publikation einer Novität in einem anglo-amerikanischen Journal? Ab wann muss ein Therapeut neue Therapieziele (nicht neue Techniken!) verinnerlichen? Diese und vergleichbare Fragen ziehen sich wie ein „roter Faden“ durch eine Vielzahl von Instanzentscheidungen und zusammenfassende Darstellungen.

J. Buns hat – gestützt auf Unterlagen der Gutachterkommission Nordrhein – recherchiert, wie lange es dauerte, bis sich eine neue therapeutische Zielvorgabe in der gutachtlichen Wertung niederschlug (4):

Bis zum Ende der 80er Jahre war man in der Behandlung des körperfernen Speichenbruchs (distale Radiusfraktur) der Meinung, die Stellung, in der die Bruchstücke zueinander stehen und ausheilen, sei für die spätere Funktion (Beweglichkeit) des Handgelenkes weitgehend nebensächlich. Man könne deswegen ohne weiteres eine stärkere Abweichung des Bruches von der geraden Stellung akzeptieren. Mit Ende der 80er und Beginn der 90er Jahre hat sich diese Meinung gewandelt; zunehmend war man der Ansicht, auch beim Speichenbruch müsse auf eine möglichst optimale Bruchstellung geachtet werden. Dies hatte naturgemäß eine deutliche Änderung des Behandlungskonzeptes zur Folge.

Die kritischen Stimmen unter den Fachleuten zu dieser neuen Linie waren noch über viele Jahre zu hören. Offenkundig bestimmt hiervon wurden einschlägig vermutete Behandlungsfehler in nennenswertem Umfang erst mit Ende der 90er Jahre bejaht. Die Gutachter haben sich hierbei von der Vorstellung leiten lassen, die neue Linie werde zwar von namhaften Wissenschaft-

lern nachdrücklich vertreten, sie sei jedoch lange nicht unumstritten gewesen und setze sich auch erst allmählich durch.

Bemerkenswert ist das Beispiel in diesem Zusammenhang deshalb, weil es die Schwierigkeit zeigt, die „erstmalige Forderung nach Änderung der therapeutischen Taktik“ vom „medizinischen Standard“ abzugrenzen – solange sich die einschlägige Fachgesellschaft dazu nicht ausdrücklich erklärt. Unbefriedigend ist eine derart „schleichende Änderung“ des medizinischen Standards für den Patienten (der nicht weiß, was er wo verlangen kann) und für den Arzt (für den sich unter Umständen die Wahl des Fachgutachters als die Wahl der falschen Schule erweist). Wie erfolgreich sich ein beklagter Arzt mit Hinweis auf einen „Schulstreit“ gegen einen überzeugend auftretenden Gutachter verteidigen kann, ist ungewiss.

Umgekehrt erinnert man sich an die bereits kurze Zeit nach Durchführung der ersten endoskopischen Cholezystektomien probeweise angestregten Klagen gegen Ärzte, die (weil sie den endoskopischen Eingriff für noch im Stadium des klinischen Experiments stehend sahen) diesen nicht angewandt hatten. Würden sich medizinische Fachgesellschaften diesbezüglich in der öffentlichen Verantwortung sehen, würden sie medizinische Innovationen kommentierend begleiten und ihnen den jeweils aktuell zukommenden Rang zuweisen: „Klinisches Experiment für wenige – Standard – veraltete und nicht mehr anzuwendende Methode“. Damit würde nicht nur der medizinischen Qualität Vorschub, sondern vor allem ein messbarer Beitrag zur Rechtssicherheit geleistet.

VERSCHIEDENE LEHRMEINUNGEN

Welche Unwägbarkeiten und schwerwiegenden Konsequenzen sich – unabhängig von etwaigen In-

novationen, alleine auf Grund einer anhaltenden fachinternen Diskussion – für die betroffenen Ärzte ergeben können, sei an folgendem Beispiel illustriert¹⁾.

Im Jahre 1987 kommt es in einer unfallchirurgischen Abteilung innerhalb von 3 Monaten zu 8 postoperativen Wundinfektionen nach der operativen Versorgung geschlossener Frakturen. Die Infektionsrate liegt damit mit 8/400 Eingriffen zwar immer noch im erträglichen Bereich, jedoch höher, als man dort gewohnt ist. Eine dieser Infektionen führt zur Schadenersatzklage. Dort wird von Klägerseite unter anderem vorgetragen, man habe erfahren, dass im betreffenden Krankenhaus geschlossene Frakturen, offene Frakturen und knöcherne Eingriffe bei manifester Osteitis zwar in verschiedenen Operationsräumen, nicht jedoch in räumlich voneinander getrennten Operationstrakten durchgeführt würden. Dieser Umstand wird von den Beklagten nicht bestritten, es wird jedoch auf korrekte und hygienisch unbedenkliche Organisationsabläufe sowie auf die im langjährigen Jahresmittel mit 1% unternormale Infektionsrate abgehoben.

Das zuständige Landgericht könnte als sachverständigen Gutachter zur Relevanz dieser Umstände Gutachter A oder Gutachter B zuziehen.

Gutachter A würde wie folgt argumentieren: Die bauliche Trennung septischer und aseptischer Operationseinheiten sei aus hygienischer Sicht nicht erforderlich. Hierbei würde er auf zahlreiche eigene einschlägige wissenschaftliche Publikationen verweisen. Diese Einschätzung ergebe sich aus eigenen Untersuchungen, in denen nachgewiesen sei, dass nach Operationen mit hoher und Operationen mit geringer Keimbelastung die Luftkeimzahlen identisch seien und sie

¹⁾ Das Beispiel beruht auf den zum angegebenen Zeitpunkt tatsächlichen inhaltlichen Konstellationen, ist jedoch in der vorgestellten konkreten Form fiktiv.



ergebe sich aus Untersuchungen anderenorts, in denen die Umgebungskontamination bei mehr oder weniger keimbelasteten Eingriffen als identisch nachgewiesen sei (5). Darüberhinaus sei andererseits nirgends der hygienische Vorteil einer solch durchgehenden räumlichen Trennung nachgewiesen.

Gutachter B würde auf die Richtlinie für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen (damals noch herausgegeben vom Bundesgesundheitsamt) verweisen, welche in der damaligen Form vorsah: „Die Anlage geht von der Konzeption der Trennung von septischen und aseptischen Operationseinheiten aus, weil diese Lösung den höchsten Grad der Sicherheit für Patienten und Personal bietet.“ Weiterhin würde er auf die Anforderungen der Berufsgenossenschaften an die Zulassung von Krankenhäusern zur Behandlung Schwerverletzter hinweisen, welche diese Trennung ebenfalls bindend fordern. Hinweisen könnte er auf eine Untersuchung, die bei septischen Eingriffen im Patientenumfeld sogenannter septischer Operationen deutlich höhere Keimbelastungen nachwies als bei aseptischen Eingriffen (6) und auf eine gutachterliche Äußerung, es gehe nicht darum, was theoretisch möglich sei, sondern darum, wie in der Praxis Sicherheit mit einem zumutbaren Aufwand realisierbar sei (7). Außerdem sei aus einer informellen Befragung bekannt, dass (damals) 48 von 54 Chefarzten Chirurgischer/Orthopädischer Abteilungen nicht auf einen gesonderten Trakt für septische Operationen verzichten wollten.

Die sachliche Richtigkeit der einen oder anderen Argumentation soll hier nicht erörtert werden. Wichtig ist dieses Beispiel hier, weil es zeigt, wie extrem abhängig der beklagte Arzt von der Wahl des Fachgutachters wäre: Beide Gutachter hätten ihre jeweilige Meinung mit wissenschaftlichen Belegen untermauern können, beide Gutachter hätten er-

wartungsgemäß ihre Meinung überzeugend und mit innerer Stringenz vortragen können. Bei der Anhörung beider Gutachter hätte sich jeweils nicht ein Zweifel an der Richtigkeit ihrer Ausführungen aufgedrängt. Gutachter B hätte sogar – mit guten Argumenten – dartun können, dass die Nicht-Beachtung der BGA-Richtlinie einen derart gravierenden Verstoß gegen anerkannte Behandlungsgrundsätze darstelle, dass dieser sich jedem Verständnis entziehe, und hätte damit die fachliche Grundlage für eine Umkehr der Beweislast gegeben. Für den beklagten Arzt ergibt sich in dieser Situation eine nicht vorhersehbare – und nicht zu akzeptierende – Abhängigkeit von zwei divergierenden Lehrmeinungen bzw. deren Repräsentanz in der Wahl des Sachverständigen.

Es lässt sich heute nicht mehr rekonstruieren, zu wieviel Fehlurteilen dieser über Jahre sorgsam gepflegte Schulenstreit (anstatt einer zeitnah konsentierten Leitlinie) geführt hat.

MEDIZINISCHER STANDARD UND SEINE BEZIEHUNG ZU BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHEN UND VOLKSWIRTSCHAFTLICHEN ANSPRÜCHEN (SOG. VERANTWORTUNGSDREIECK)

„Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes“. – „In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“ (8)

Mit diesen beiden Vorschriften (§ 1 und § 11) umreißt die Bundesärzteordnung vollständig das Spannungsfeld, welches als „Verantwortungsdreieck der ärztlichen Behandlung“ bezeichnet werden kann:

- Die Verpflichtung des Arztes, im jeweiligen Einzelfall ein (medizinisches) Optimum an diagnostischen

und therapeutischen Maßnahmen in Gang zu setzen – ohne Ansehen der Person und dem Grunde nach auch ohne Rücksicht auf die dadurch entstehenden Kosten.

- Die Verpflichtung des Arztes, durch vernünftige Nutzung der gebotenen diagnostischen und therapeutischen Varianten daneben auch dauerhaft die volkswirtschaftliche Lebensfähigkeit des Gesundheitssystems zu gewährleisten.

- Das Recht des Arztes, seine eigenen wirtschaftlichen Belange angemessen zu berücksichtigen.

Inwieweit eingeschränkte Ressourcen zu Behandlungsfehlern führen können, ist im einzelnen bei Rümmler-Detzel (9) bzw. Ulsenheimer (10) erläutert.

Schwierigkeiten unter dem Gesichtspunkt des Behandlungsfehlervorwurfs könnten sich dort ergeben, wo ein Arzt – guten Glaubens und guter Absicht – im Einzelfall nicht alle, sondern nur eine begrenzte Auswahl diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten einsetzt (oder wo aus ökonomischen Gründen tatsächlich nicht alle denkbaren medizinischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen) und dadurch möglicherweise Nachteile für den Patienten entstehen.

R. Scholz (11) löst das Dilemma, indem er einerseits formuliert, indizierte Behandlungsmaßnahmen dürften nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, solange es keine gleichwertige Behandlungsalternative gebe, andererseits seien (echte, aber unterschiedlich teure Behandlungsalternativen angenommen) Wirtschaftlichkeitserwägungen aus der Sicht der ärztlichen Haftung zu akzeptieren. Diese Grenzziehung ist nur auf den ersten Blick unproblematisch: Die Schwierigkeit im Einzelfall wird auch hier nicht so sehr in der rechtlichen Würdigung als vielmehr in der medizinisch-inhaltlichen Wichtung liegen: Die Frage, welche Behandlungsmaßnahmen indiziert seien und insbesondere welche Behandlungsmaßnahmen als zwar gleichwertig, aber unterschiedlich teuer einzu-



schätzen seien, wird – wieder einmal – im wesentlichen von der Sichtweise des im Streitfall gehörten Sachverständigen abhängen.

Spätestens hier wird evident, dass es nicht nur unmöglich, sondern im höchsten Maße ungerecht ist, die „medizinisch-ökonomische Balance“ auf den einzelnen behandelnden Arzt herunter zu delegieren und die Beurteilung derer Einhaltung einem nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Fachgutachter zu überlassen. Spätestens in der Frage mithin, welches in einer gegebenen Situation das gleichwertige (oder noch angemessene) aber preisgünstigere Diagnose- oder Therapieverfahren sei, muss den handelnden Ärzten durch die Organe der Selbstverwaltung der Rücken gestärkt werden und muss vor allem der gutachterlichen Beliebigkeit durch nationalen Konsensus ein Riegel vorgeschoben werden. Die ins Haus stehende Arbeit des Koordinierungsausschusses (§ 137 e SGB V) könnte hier eine wichtige Rolle übernehmen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Behandlungsfehlerbegutachtung, die sich nicht auf konsentrierte nationale Leitlinien stützen kann, stellt eine unerträgliche Rechtsunsicherheit dar.
- Dies gilt besonders für die Bewertung von Innovationen und die Bewertung von Schulstreits.

• Ohne den Schutz einschlägiger nationaler Konsensus werden sich Ärzte tendenziell defensiv verhalten und im Zweifel dem teureren Verfahren den Vorzug geben.

ABSTRACT

The importance of guidelines in malpractice procedure

Generally available national guidelines are the only way to guarantee that the clinically active doctor will consider the same rules as the doctor as an expert within a malpractice procedure. Especially the following question has to be ruled out by national guidelines: From what time on is an innovation to be considered as "normal" – as "standard"? The same is true for continued expert discussions and for the "medical-economic balance". Without national guidelines recognized as well-known rules, the doctor accused in a malpractice procedure will find himself in an unacceptable position of legal uncertainty.

Key words: Guidelines, malpractice, good clinical practice

LITERATUR

1. Rumler-Detzel R: Grundlagen des Arzthaftungsrechts. In: Steffen E, Dressler WD (1999) Arzthaftungsrecht. Neue Entwicklungslinien der BGH – Rechtsprechung. RWS Script.

2. Ankermann E, Kullmann HJ, Bischoff R (1999) Arzthaftpflicht-Rechtsprechung. E. Schmidt Verlag Berlin, Kza 2305/102
3. s. FN 2, Kza 1220/36
4. Bruns J (2000): Therapieprinzipien zur Behandlung der distalen Radiusfraktur und die Berücksichtigung in der Begutachtungspraxis der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein. Dissertation, Bonn
5. Hambraeus A, Bengtsson S, Laurell G (1978) Bacterial contamination in a modern operating suite. J Hyg Camb 80: 57
6. Weist K, Krieger J, Rüdén H (1988): Vergleichende Untersuchungen bei aseptischen und septischen Operationen unter besonderer Berücksichtigung von S. aureus. Hyg Med 13: 369–374
7. Ludolph E, Hierholzer G (1982): Diskussion und Zusammenfassung. In: Hierholzer G, Ludolph E, Watermann F (Hsg.): Hygieneanforderungen an Operationsabteilungen. Springer Heidelberg
8. Bundesärzteordnung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1993, S. 123/133
9. Rumler-Detzel P (1998) Budgetierung - Rationalisierung - Rationierung. VersR 13: 546–551
10. Ulsenheimer K (1998) Einfluß verminderter Ressourcen und von Finanzierungsgrenzen im Bereich des Gesundheitswesens auf die Anforderungen des Arzthaftungsrechtes? Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen 4: 258–265
11. Scholz R (1996): Ärzte zwischen Haftung und Sparzwang. Dt.Ärztebl 93: A-2304–2305

Korrespondenzadresse:

Prof. Martin L. Hansis, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Lützowstr. 53, 45141 Essen
Tel.: 0201/8327112; Fax: 0201/83273112;
e-mail: m.hansis@mds-ev.de

Ankündigung

Fortbildungskalender der BUNDESÄRZTEKAMMER

Die Bundesärztekammer bietet ein freiwilliges Programm zur Qualitätssicherung ärztlicher Fortbildungskongresse in Form eines Fortbildungskalender an.

Der Kalender beinhaltet:

Teil A: Fortbildungsveranstaltungen

Teil B: Kurse/Praktika nach publizierten Richtlinien

Teil C: Fachkunde

Teil D: Weiterbildungskurse (Gebiete: Zusatzbezeichnungen)

Der Fortbildungskalender erscheint vierteljährlich (1. 1., 1. 4., 1. 7. und 1. 10.) und ist gegen eine Schutzgebühr von DM 10,00 pro Ausgabe erhältlich.

Bei Aufnahme in den Verteiler ist für alle 4 Ausgaben eine Schutzgebühr von DM 20,00 zu entrichten.

**Bundesärztekammer, Dezernat Fortbildung, Postfach 40 02 20,
50862 Köln – oder Tel.: 0221/4004-415 oder -416; Fax: 0221/4004-3 88
e-mail: cme@baek.dgn.de**

