

LESERBRIEF



Zu „Zur Diagnostik von Lungenembolien – Folge 6 der Reihe ‘Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein’“

Fehlen evidenz-basierte Handlungsempfehlungen?

Zunächst vielen Dank für die interessante Artikelseerie. Erlauben Sie mir folgende Anmerkungen:

Wenn der Leser nicht nur Vermeidungsstrategien entwickeln, sondern seine Kenntnisse erweitern und verbessern soll, müssten ihm – möglichst evidenz-basierte – Handlungsempfehlungen an die Hand gegeben werden. So vermissen ich Hinweise, bei welchen der Beschwerden obligat an eine Lungenembolie zu denken gewesen wäre (hier: schmerzhafter Husten und Ruhetachykardie bei beunruhigter Patientin und sonst unauffälligen Befunden!).

Symptome, welche die derzeit zahllosen Virusinfekte stets klar von einer Lungenembolie abgrenzen, gibt es meines Wissens nicht. Inwieweit ist unser Lehrbuchwissen zur Symptomatik der Lungenembolie validiert? Wo findet man Angaben zur Häufigkeit der typischen Symptome?

Bei dieser Patientin wäre zum Beispiel das Thromboserisiko gemäß der (nicht evidenz-basierten) Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/ll/phle-tvt.htm>) als gering (unter 10 Prozent) einzuschätzen gewesen. Nur falls trotz des „niedrigen“ Risikos der klinische Verdacht auf eine tiefe Venenthrombose bestünde, wäre – falls verfügbar! – eine Du-

plexsonographie durchzuführen gewesen. Andererseits bleibt schließlich die Frage, ab wann eine weiterführende Diagnostik eine Lungenembolie hinreichend sicher ausschließt.

Dass die Patientin mit ihrem Thoraxschmerz schon einen hochspezialisierten Angiologen/Kardiologen aufsuchte und dieser trotzdem nicht an eine Lungenembolie dachte, zeigt ein weiteres Dilemma: Durch den freien Zugang aller Patienten zum Facharzt sinkt die Prävalenz einzelner Krankheiten wie der Lungenembolie im Krankengut des Spezialisten. Dieser wird auch mit eher banalen Beschwerden (keine Lungenembolie) in Anspruch genommen. Die niedrigere Prävalenz bewirkt schon aus rein statistischen Gründen, dass die „Trefferquote“ des spezialistischen Instrumentariums sinkt (zum Beispiel niedrigerer positiver Vorhersagewert). Wohlgermerkt: Hier geht es nicht um angeblich schlechte Kenntnisse des Facharztes, sondern ein rein statistisches Phänomen, das durch den freien Zugang zu allen Fachärzten entsteht!

*Dr. med. Hinrich Haag,
Arzt für Allgemeinmedizin,
Leverkusen*

Anmerkung der Autoren

Dr. Haag wirft in seiner Zuschrift die Frage auf, ob im Rahmen der Fallbeurteilungen in der Artikelserie „Aus der Arbeit der Gut-

achterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“ nicht allgemeine Handlungsempfehlungen gegeben werden sollten, hier zum Beispiel, bei welchen Beschwerden zwingend an eine Lungenembolie zu denken sei.

Hierzu Folgendes: Unsere Serie hat die allgemein gewünschte Aufgabe, die Ergebnisse der Kommissionsarbeit, das heißt die Beurteilung aktueller konkreter Einzelfälle, die von der Kommission entschieden worden sind, zu veröffentlichen und damit der praktischen ärztlichen Tätigkeit nutzbar zu machen.

Die Entscheidungen beschränken sich dabei auf die Darlegung eines bestimmten Sachverhalts und auf dessen fachsachverständige Bewertung. Werden fehlerhafte Unterlassungen festgestellt, zeigt die Kommission auf, welche ärztlichen Maßnahmen nach ihrer Auffassung im konkreten Fall geboten gewesen wären.

Es ist nicht die Aufgabe einer Kommissionsentscheidung – und damit auch nicht ihrer Veröffentlichung

– allgemeine Handlungsempfehlungen (Leitlinien), die über den Einzelfall hinausgehen, zu entwickeln. Das ist in erster Linie Sache der medizinischen Fachgesellschaften, der wissenschaftlichen Lehre und der ärztlichen Praxis, die hierbei auch auf das Fallmaterial der Gutachterkommission zurückgreifen können.

Im vorliegenden Fall hat sich die Kommission mit Recht darauf beschränkt, die Nichtbeachtung aufgetretener Symptome, die Anlass zu weiterführenden Untersuchungen boten, und die unzureichende Erhebung der Vorgeschichte zu beanstanden. Die vollständige Anamnese ist keine „Bringeschuld“ des Patienten, sondern originäre ärztliche Aufgabe. Auch dieser auf den Fall bezogene Hinweis sollte der praktischen Alltagsarbeit des Arztes dienen.

*Herbert Weltrich, Präsident
des Oberlandesgerichts
Köln a. D.*

Dr. med. Herwarth Lent

Die Redaktion freut sich über jeden Leserbrief. Sie behält sich vor, Briefe gekürzt zu veröffentlichen. **RhÄ**

PERSONALIE

Das 70. Lebensjahr vollendete am 17.04.2001 Professor Dr. med. Claus Botho Goecke. Der frühere Chefarzt der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Luisenhospitals Aachen ist seit Novem-

ber 1990 korrespondierendes Mitglied für das Fachgebiet Gynäkologie der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. *sm*

Ärztliche Körperschaften im Internet

www.aekno.de – Ärztekammer Nordrhein

www.kvno.de – Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

www.arzt.de – (Deutsches Ärztenetz → Bundesärztekammer, KBV, Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und weitere ärztliche Institutionen in Deutschland)