

„Übertherapie“ – Fehlende Indikation zu ärztlichen Maßnahmen

In 3,4 Prozent der von der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein bearbeiteten 7.484 Verfahren fehlte es in den Jahren 2009 bis 2013 an einer Indikation zur ärztlichen Maßnahme.

von Beate Weber

Die ärztliche Aufgabe, zu helfen und zu heilen, muss stets begleitet werden von der Mahnung: *nil nocere* [1]. Bei der Indikationsstellung zur ärztlichen Behandlung, sei es durch Medikamente, Injektionen oder operative Eingriffe, sollte immer auch ein Augenmerk auf die Frage gelegt werden, ob dem Patienten nicht bereits durch Maßnahmen mit geringen Risiken und Nebenwirkungen eine Linderung verschafft werden könnte: beispielsweise die Einlagen- und Schuhversorgung statt einer Vorfußchirurgie oder die orale Schmerzmittelgabe statt einer Injektion. Hierzu ist eine genaue Anamneseerhebung zu den Anforderungen, die der Patient an seinen Körper stellt, dem Leidensdruck und den Lebensumständen unerlässlich, vor allem wenn es sich um zum Eingriff zugewiesene Patienten handelt, die dem Operateur nicht unbekannt sind.

In den Jahren 2009 bis 2013 fehlte es in 3,4 Prozent (255) der von der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein bearbeiteten 7.484 Verfahren an einer Indikation zur ärztlichen Maßnahme. Bei knapp einem Prozent war eine unnötige Behandlung beziehungsweise eine „Übertherapie“ festzustellen. Gegenüber früheren Jahren ist bei den Krankenhausärzten eine geringe Steigerung um 0,6-Prozentpunkte auf derzeit 3,1 Prozent der geführten Verfahren zu verzeichnen gewesen, mit einem Anstieg des Anteils der Operationen und Interventionen von zwei Drittel auf zuletzt 85 Prozent. Bei den Praxisärzten lag der Anteil der Fehler bei der Indikationsstellung mit 3,7 Prozent leicht darüber; Operationen und Interventionen spielten hier mit einem Anteil von 38 Prozent eine deutlich geringere

Rolle. Dafür waren häufiger Injektionen und Medikamentengaben nicht indiziert.

Haftung bei fehlender Indikation für alle Folgen

Wie man aus den Beschwerdeschreibungen herauslesen kann, wird des Öfteren die Invasivität des Eingriffs dem Patienten erst bewusst, wenn Komplikationen eingetreten sind, die ihn nunmehr stärker belasten als die primär zugrunde liegende Erkrankung. Hier kommt es dann auch auf die Risikoaufklärung an: Je weniger indiziert ein Eingriff ist, desto höher sind die rechtlichen Anforderungen an eine rechtsgültige Risikoaufklärung.

Haftungsrechtlich hat die Frage der Indikation eine hohe Bedeutung, haftet doch der Arzt bei fehlender Indikation oder gar bestehender Kontraindikation einer medizinischen Maßnahme für alle Komplikationen, die daraus resultieren, auch wenn er diese Maßnahmen als solche sachgerecht durchgeführt hat (siehe Kasten).

Die Gutachterkommission hatte sich im Jahr 2011 anlässlich eines Symposiums der Kaiserin Friedrich-Stiftung mit der Fragestellung einer „Übertherapie“ auseinandergesetzt und damals die gegen Krankenhausärzte geführten Begutachtungen der Zehnjahreszeiträume 1991 bis 2000 und 2001 bis 2010 vergleichend ausgewertet. Nun liegen auch die Ergebnisse der Folgejahre 2011 bis 2013 vor (Tabelle 1). Weiterhin wurde der 5-Jahreszeitraum 2009 bis 2013 sowohl für Krankenhaus- als auch für Praxisärzte analysiert (Tabelle 2).

Haftung bei fehlender Indikation

Ein diagnostischer oder therapeutischer Eingriff, der medizinisch nicht indiziert oder kontraindiziert ist, ist fehlerhaft, auch wenn er sorgfältig durchgeführt wird. Die Indikation muss durch die Dokumentation der Anamnese, der Beschwerden oder die Befunderhebung – zumindest vertretbar – belegt sein. Der Arzt haftet ansonsten für alle Komplikationen, die aus dem Eingriff resultierten, selbst wenn sie auch bei ordnungsgemäßem Vorgehen nicht stets sicher vermeidbar sind.

Demnach zeigt sich bei den Krankenhausärzten bei Indikationsfehlern nur eine leichte Steigerung um 0,6-Prozentpunkte gegenüber den Zahlen von vor zehn und vor zwanzig Jahren auf heute 3,1 Prozent der abgeschlossenen Verfahren (Tabelle 1). Damals waren in zwei Dritteln der 166 (1991–2000) beziehungsweise 229 (2001–2010) Verfahren interventionelle und operative Maßnahmen von einer Fehlerfeststellung bei der Indikationsstellung betroffen, in den vergangenen fünf Jahren betrug der Anteil 81 Prozent und in den vergangenen drei Jahren 85 Prozent.

Häufigste Fehlergründe waren in den vergangenen fünf Jahren bei den Eingriffen jeweils in einem Viertel das Nichterheben/Abwarten von Befunden (29 Verfahren) sowie eine unnötige Behandlung/„Übertherapie“ (27 Verfahren), bei 20 Verfahren das fehlende Ausschöpfen konservativer Maßnahmen und in 14 Verfahren das Nichtbeachten vorliegender Befunde (Tabelle 2).

Unnötige Injektionen durch Praxisärzte

Bei den Praxisärzten (3,7 Prozent) wurden etwas häufiger als bei den Krankenhausärzten Fehler bei der Indikationsstellung festgestellt. Allerdings betrafen nur etwas mehr als ein Drittel (38,3 Prozent) der 94 Verfahren interventionelle oder operative Maßnahmen; weiterhin mangelte es beispielsweise bei 24 Injektionen und 18 Medikamentengaben an der Indikation. Gerade bei diesen beiden Maßnahmen wurde öfter eine unnötige Behandlung/„Übertherapie“ (jeweils achtmal) festgestellt, sowie das Nichtbeachten von Kontraindikationen (Medikationen sechsmal, Injektionen viermal) und bei den Injektionen das Nichtausschöpfen anderer Möglichkeiten, wie beispielsweise eine orale Medikation.

Beispiele aus den Begutachtungen

1. Diagnostik

Bei neun Verfahren war die Diagnostik nicht indiziert, darunter der Fall einer 55-Jährigen, bei der nach ausgedehnter

Lungenembolie die seit fünf Tagen währende Heparinisierung für fünf Stunden unterbrochen wurde, um eine – bei fehlender Magenproblematik nicht indizierte – diagnostische Gastroskopie vor der geplanten Umstellung auf Marcumar durchzuführen. Im Anschluss wurde die Heparinisierung behandlungsfehlerhaft in geringerer Dosis und ohne PTT-Kontrolle fortgeführt. Die Patientin verstarb am Folgetag bei der Re-Mobilisierung an einer fulminanten Re-Embolie, für die die Krankenhausinternisten einzutreten hatten.

2. Medikation

Bei 39 Patienten wurde eine nicht beziehungsweise nicht mehr indizierte Medikamentengabe festgestellt, darunter – neben vielen Einzelfällen – fünfmal Antibiotika und viermal Antikoagulantien. Eine unnötige Behandlung/„Übertherapie“ lag bei 9 Patienten vor. So erfolgte bei einem vermeintlichen „Burn-out“ bei einer 35-Jährigen behandlungsfehlerhaft nach einer Cortisol-Tagesmessung mit einem Wert im unteren Normbereich eine Cortisongabe in Höhe von 20 mg über drei Monate, trotzdem die Patientin mehrfach Bedenken äußerte, als sich Nebenwirkungen einstellten. Ein 71-Jähriger wurde trotz untypischer Erstsymptomatik für einen Morbus Parkinson fünf Jahre lang mit L-Dopa behandelt, ohne dass die Diagnose untermauert oder ein Auslassversuch unternommen wurde.

3. Injektionen

Bei den 25 nicht indizierten Injektionen spielten vor allem Cortison-Injektionen in Verbindung mit Analgetika, Lokalanästhetika und nichtsteroidalen Antirheumatika eine Rolle (18 Fälle). Eine 71-Jährige mit erheblichen Schmerzen im rechten Bein, bekannter Koxarthrose (mit Ablehnen einer Hüftendoprothese) und Hemiparese rechts bekam behandlungsfehlerhaft fünfmal in sieben Wochen eine Corticoid-Mischinjektion in das rechte Hüftgelenk verabreicht, wodurch wenige Zeit später eine septische Hüftkopfnekrose auftrat, die nunmehr zur endoprothetischen Versorgung zwang.

4. Andere Behandlungen

In neun der 16 Verfahren, die nicht-interventionelle Behandlungen betrafen, wurde eine nicht indizierte oder überlange konservative Therapie durchgeführt, darunter sieben Frakturen, ein Bandscheibenprolaps und ein Ulcus cruris. Ein 51-

Tabelle 1

Vergleich der Verfahrenszahlen zur vorwerfbar fehlenden Indikation zur ärztlichen Maßnahme in den gegen Krankenhausärzte abgeschlossenen Verfahren der Abschlussjahre 1991 – 2000, 2001 – 2010 und 2011 – 2013

Gutachterkommission Nordrhein	2011 – 2013		2001 – 2010	1991 – 2000
Verfahren gegen Krankenhausärzte	3.242		9.342	6.555
	Fehler bejaht	in % v. n	in % v. n	in % v. n
Festgestellte Behandlungsfehler (BF-Quote)	965	29,8	30,1	31,8
davon fehlende Indikation zur ärztlichen Maßnahme	101	3,1	2,5	2,5
Gründe:				
1. Unnötige Behandlung/Übertherapie	25	0,8	0,7	0,7
2. Nichterheben/Abwarten von Befunden	19	0,6	0,6	0,6
3. Nichtbeachten von Befunden	18	0,6	0,2	0,3
4. Nichtbeachten Kontraindikationen	13	0,4	0,4	0,2
5. Konservative Therapie nicht ausgeschöpft	11	0,3	0,2	0,2
6. Fehlende Erfolgsaussichten	10	0,3	< 0,1	< 0,1
7. Zu erwartende Komplikationen	3	0,1	< 0,1	< 0,1
8. Fehlinterpretation von Befunden	1	< 0,1	0,3	0,4
9. Seiten-/Lokalisationsverwechslung	1	< 0,1	0,1	0,1
10. IGeL	/	/	/	< 0,1

Jähriger wurde trotz nicht gelungener Reposition ohne Erfolgsaussichten mit einer Antiluxierbandage versorgt, obwohl im Röntgenbild erkennbar war, dass eine verkippte Steilstellung der Pfanne vorlag, die eine Revisionsoperation erfordert hätte. Eine neuerliche Luxation führte zur Gehstörung durch eine Nervus femoralis-Parese, für die die Ärzte einzutreten hatten.

5. Interventionen

Bei den 19 Verfahren mit nicht indizierten interventionellen Behandlungen handelte es sich – bis auf drei Harnwegskatheter und zwei Ureterschienen – jeweils um Einzelfälle. Bei einem 64-Jährigen wurde beispielsweise nach einem Apoplex auf der Stroke Unit fehlerhaft ein Harnblasenkatheter über den siebten Tag hinaus weitere vier Tage belassen, obwohl der Patient remobilisiert war und die ursprüngliche Indikation einer Flüssigkeitsbilanzierung bei Nierenfunktionsstörung keinen Bestand mehr hatte. Bei einem 62-Jährigen mit Verschlussikterus mit einer nichtoperativen Galleableitung hätte acht

bis elf Tage früher die OP-Indikation durch einen Chirurgen geprüft/gestellt werden müssen, als die Bilirubinwerte die Erfolglosigkeit der Maßnahme zeigten und eine fieberhafte Cholangitis auftrat.

6. Eingriffe

Insgesamt waren 147 nicht indizierte operative Eingriffe durchgeführt worden. Bei 28 Ersteingriffen, neun Teileingriffen und einer Revisionsoperation wurde eine unnötige Therapie/„Übertherapie“ festgestellt. Beispielsweise fanden sich bei den Schultergelenksoperationen acht arthroskopische, drei offene und eine arthroskopische Re-Dekompression, die nicht indiziert waren, darunter jeweils viermal aufgrund einer „Übertherapie“ und eines Nichterhebens/Nichtabwartens von Befunden, dreimal wurden konservative Therapieoptionen nicht ausgeschöpft und einmal eine Kontraindikation nicht beachtet.

An einer Indikation zur Endoprothese fehlte es am Kniegelenk dreimal und am Hüftgelenk fünfmal. Weiterhin wurden an der Hüfte drei und am Knie eine nicht

indizierte Wechseloperationen durchgeführt. Am Kniegelenk erfolgten sechs und am Hüftgelenk eine nicht indizierte Arthroskopie.

An der Wirbelsäule wurden jeweils drei nicht indizierte Dekompressionen und drei Ballon-Kyphoplastien durchgeführt, zweimal waren ein Spreizer, eine dorsale Versteifung und eine Bandscheibenprothese nicht indiziert.

Fazit

In den Begutachtungen finden sich weder aktuell noch zu früheren Zeiten Hinweise darauf, dass nordrheinische Ärzte häufiger ihrer Sorgfaltsverpflichtung bei der Indikationsstellung nicht nachkom-

men und unbegründete ärztliche Maßnahmen durchführen. Jeder Einzelfall ist dennoch einer zu viel. Vor einer invasiven Maßnahme wäre jeder Arzt gut beraten, zu hinterfragen, ob die konservativen Behandlungsmöglichkeiten wirklich ausgeschöpft worden sind oder es eventuell weniger eingreifende Alternativen für diesen Patienten gibt, auch wenn das geplante Vorgehen standardgerecht ist und „gängiger“ Praxis entspricht. Die Risiken eines Eingriffs dürfen gegenüber dem Patienten nicht heruntergespielt werden und ihm sollten nicht nur die Erfolgsaussichten, sondern auch klar die Grenzen und möglicherweise auftretenden schwerwiegenden Komplikationen der Behandlung auf-

gezeigt werden. Hierzu ist eine gute Dokumentation unerlässlich.

Rein ökonomische Beweggründe zum Vorteil des Arztes dürfen nach ärztlichem Verständnis bei der Indikationsstellung keine Rolle spielen, da damit das Vertrauen in die Ärzteschaft insgesamt Schaden nimmt.

Dr. med. Beate Weber ist Mitarbeiterin der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

Literatur

- [1] Fitting W. Der ärztliche Behandlungsfehler – vorhersehbar und vermeidbar?
Rheinisches Ärzteblatt 1992:4, 24-26

Tabelle 2
Festgestellte Fehler bei der Indikationsstellung in den gegen Krankenhaus- und Praxisärzte abgeschlossenen Verfahren der Jahre 2009 – 2013

2009 – 2013	Fehlende Indikation (in % v. n)	Diagnostik	Medikation	Injektion	Andere Behandlungen	Interventionelle Behandlungen	(Teil-)Eingriffe
Verfahren Krankenhausärzte (n=5.325)	161 (3,1%)	4 (0,1%)	21 (0,4%)	1 (<0,1%)	5 (0,1%)	19 (0,4%)	111 (2,1%)
Verfahren Praxisärzte (n=2.541)	94 (3,7%)	5 (0,2%)	18 (0,7%)	24 (0,9%)	11 (0,4%)	/	36 (1,4%)
Unnötige Behandlung/„Übertherapie“	34 (0,6%) 32 (1,3%)	2 3	1 8	1 8	/ 2	3 /	27 11
Nichterheben/Abwarten von Befunden	31 (0,6%) 10 (0,4%)	1 /	/ 1	/ 2	/ 1	1 /	29 6
Nichtbeachten von Befunden	27 (0,5%) 8 (0,3%)	/ /	8 2	/ 1	/ 1	5 /	14 4
Nichtbeachten von Kontraindikation	23 (0,4%) 16 (0,6%)	1 /	10 6	/ 4	1 2	4 /	7 4
Fehlende Erfolgsaussichten/zu erwartende höhergradige Komplikationen	21 (0,4%) 13 (0,5%)	/ 1	2 /	/ 3	4 5	6 /	9 4
Konservative Therapie nicht ausgeschöpft	20 (0,4%) 13 (0,5%)	/ /	/ 1	/ 6	/ /	/ /	20 6
Fehlinterpretation von Befunden	4 (0,1%) /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	4 /
Seiten- und Lokalisationsverwechslung	1 (<0,1%) 1 (<0,1%)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	1 1
IGeL	/ 1 (<0,1%)	/ 1	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /