

Behandlungsfehler-Verdacht

Wünsche an die Zusammenarbeit mit Praxen und Kliniken – Die Rolle der Krankenkassen und des MDK



Dr. Helmut
Piechowiak



Dr. Christian Alex

Die seit einigen Jahren bestehende gesetzliche Möglichkeit der Krankenkassen (§ 66 Sozialgesetzbuch V in Verbindung mit § 116 Sozialgesetzbuch X), ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen zu unterstützen, hat zu einer erheblichen Zunahme entsprechender Begutachtungsaufträge in der MDK-Gemeinschaft geführt.

So sind allein von den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Bayern in den Jahren 2002 bis 2005 insgesamt über 30 000 Anfragen bearbeitet worden. Die eingehenden Fälle werden in aller Regel einem strukturierten Screening-Verfahren unterzogen, in enger Kooperation von kassenseitigen Patientenberatern und den Schwerpunkt-Gutachtern des MDK. Fälle, die nicht zu beanstanden sind, werden zumeist mit einer kurzen Stellungnahme direkt bei der Krankenkasse abgeschlossen. Nur bei begründetem Verdacht oder in komplexeren Fällen werden schriftliche Gutachten im eigentlichen Sinne erstellt. Auch deren Zahl zeigt zunehmende Tendenz¹.

Wie die Tabelle zeigt wurden in weniger als 30 Prozent der erstellten Gutachten Anhaltspunkte für nicht an geltenden Standards orientierten Vorgehensweisen gesehen, wobei in vielen dieser Fälle auch erhebliche Dokumentationsmängel vorlagen. Damit lägen die Daten des MDK nach der erfolgten oben beschriebenen Präselektion in ungefähr dersel-

ben Größenordnung wie diejenigen der früheren Schlichtungsstelle bzw. jetzigen Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), die in ihrem Geschäftsbericht 2003/2004 für die in den Jahren 2000 bis 2003 dort eingegangenen 2616 Fälle eine Fehlerhaftigkeit der ärztlichen Behandlung in 25 bis 29 Prozent der Fälle festgestellt hatte². Bezogen auf die Gesamtzahl der den Kassen gemeldeten Verdachtsfälle (n = 30 891) wurden vom MDK lediglich in gut sechs Prozent fehlerhafte Auffälligkeiten in der Behandlung gesehen.

Diese Zahlen dürften zeigen, dass auf Seiten der MDK-Ärzeschaft wohl kaum von einer Voreingenommenheit oder einem unangemessenen Umgang mit dieser zweifellos sensiblen Materie ausgegangen werden kann. Vielmehr bemühen sich die Ärzte des MDK auch auf diesem Feld um eine bestmögliche medizinische Beratung in Orientierung an den wichtigsten Standards, vor allem der geltenden Leitlinien und der ergangenen Rechtsprechung. Das hat inzwischen auch dazu

geführt, dass die Gutachten des MDK weder von Rechtsanwälten noch von Richtern einfach als „Partei-Gutachten“ abgetan werden.

Dennoch gibt es einige Aspekte, die aus der Sicht der ärztlichen Ethik verbesserungswürdig erscheinen und die geeignet erscheinen, den nicht unerheblichen Aufwand ebenso zu verringern wie das prinzipiell bestehende Konfliktpotenzial.

Der übliche Verfahrensablauf bei Kassen und MDK

Die Vorgehensweise der Krankenkassen bei der Unterstützung ihrer Versicherten beinhaltet in der Regel die Einholung

- einer Schweigepflichtentbindung der Leistungserbringer durch die Versicherten gegenüber der jeweiligen Krankenkasse und dem MDK,
- einer Genehmigung zur Herausgabe der ärztlichen Unterlagen im Zusammenhang mit der Behandlung an diese Institutionen sowie
- eines Einverständnisses, dass im Falle eines bejahten Behandlungsfehlervorwurfes die Daten auch zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen durch die Krankenkassen Verwendung finden können.

	2002	2005	2002 bis 2005
Gesamt-Eingänge	5158	9604	30 891
Begutachtete Fälle	1414	2250	6723
Bejahte Behandlungsfehler	294	677	1917
Prozentanteil Behandlungsfehler an im eigentlichen Sinn begutachteten Fällen	20,8	30,1	28,5
Prozentanteil Behandlungsfehler bezogen auf alle Anfragen	5,7	7,0	6,2

Tabelle: Behandlungsfehlerverdachts-Meldungen bei den gesetzlichen Krankenkassen in Bayern.

1 I. Singer: MDK Bayern, Professionalisierung im Umgang mit medizinisch-juristischen Fragestellungen, Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin (2006, im Druck).

2 Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer 2003/2004. Beilage zum Bayerischen Ärzteblatt, 9/2004, Seite 16 f.



Holger Freese

Ferner haben die Krankenkassen zum Teil etwas unterschiedliche Fragebögen entwickelt, um im Vorfeld zu klären,

- welches Ereignis zum geltend gemachten Schaden geführt hat,
- wann es eingetreten ist,
- welche Person den Schaden mutmaßlich verursacht hat,
- ob über die offenbar risikobehaftete Diagnostik oder Behandlung aufgeklärt wurde,
- ob diagnostische oder therapeutische Alternativen genannt worden waren,
- ob und welche Ärzte nach Eintritt des Schadens konsultiert wurden,
- wann, wo und von wem, gegebenenfalls auch warum, erstmalig der Verdacht auf einen Behandlungsfehler geäußert wurde,
- ob bereits ein Rechtsanwalt oder eine Gutachterstelle bei einer Ärztekammer eingeschaltet wurde,
- was nach Auffassung des Versicherten hätte getan werden müssen, um den Schaden zu vermeiden,
- ob es unabhängige Zeugen (zum Beispiel Mitpatienten) gibt, die sachdienliche Angaben machen könnten und
- vor allem welche Spät- und Dauerfolgen eingetreten sind oder erwartet werden.

In aller Regel erbitten die Krankenkassen von ihren Versicherten zusätzlich auch noch ein möglichst detailliertes Gedächtnisprotokoll über die in Frage stehende ärztliche Behandlung.

Danach beginnen die Ermittlungsarbeiten der Krankenkassen, bei denen es sich streng genommen natürlich nicht um (investigative) „Ermittlungen“ handelt, sondern lediglich um die Beschaffung aller relevanten Unterlagen.



Dr. Ingeborg Singer

Diese Bemühungen sind in vielen Fällen leider außerordentlich langwierig und zeitraubend. Oftmals sind viele Briefwechsel über einen längeren Zeitraum mit den betroffenen Ärzten, den Krankenhaus-Verwaltungen oder den jeweiligen Haftpflichtversicherern erforderlich. Bis alle für eine medizinische Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorliegen, vergehen oftmals viele Monate.

Das weitere Vorgehen der Kassen richtet sich in der Regel nach der Häufigkeit entsprechender Verdachtsmeldungen bei den einzelnen Krankenkassen. Einzelfälle von meist kleineren Krankenkassen werden dem MDK-Logistikzentrum MedRecht in Ansbach zentral zugeleitet und dort von einem interdisziplinären Team von Fachgutachtern aus dem „MedRecht“-Bereich gesichtet und bedarfsweise zur Erstellung ausführlicherer Gutachten an Spezialisten weitergeleitet. Bei Krankenkassen mit größeren Fallzahlen finden so genannte Fallberatungen statt, in denen die Sachbearbeiter die einzelnen Fälle mit den jeweiligen Fachgutachtern besprechen, die dann in ähnlicher Weise Entscheidungen über die Art der weiteren Vorgehensweise treffen.

Desiderate an die Zusammenarbeit aller Beteiligten

Was kann ergänzend aus medizinischer Perspektive empfohlen werden, um Verdachtsmeldungen auf die unverzichtbare Anzahl von Fällen zu beschränken? Und was kann empfohlen werden, um die Abläufe zu straffen, sodass zeitnah auf die Anfragen der Patienten/Versicherten bzw. ihrer Krankenkassen reagiert werden kann?

Die Kommunikation mit dem Patienten

Ein keineswegs unbeträchtlicher Teil der den Kassen gemeldeten Verdachtsfälle auf Behandlungsfehler stammt – natürlich – nicht primär von den Patienten selbst, sondern geht auf Äußerungen ärztlicher Kolleginnen und Kollegen oder Angehöriger medizinischer Assistenzberufe in Kliniken und Praxen zurück, in denen nach- oder „weiterbehandelt“ und in vielen Fällen ein eventuelles Unglück auch wieder „gut“ gemacht wurde. Da fallen aber offenbar auch schnell mal ein paar Be-

merkungen, die mitunter nicht ganz frei von Besserwisserei sind und die manchmal grundlich missverstanden werden können.

„Erklärt“ zum Beispiel ein Physiotherapeut bei einem mäßigen Lymphödem des rechten Beines nach Venenentnahme für eine zweifellos indizierte aortokoronare Venenbypass-Operation (und bei zusätzlich bereits bestehender chronisch venöser Insuffizienz!) einer älteren Dame, dass da offenbar von dem Professor bei der Operation „etliche Lymphbahnen durchgeschnitten“ worden seien und wird dies dann noch mit der Erkenntnis angereichert, dass das zu Elefantenfüßen führen könne, dann ist der Weg zur Meldung eines Behandlungsfehlers eben nicht mehr weit.

Nach- oder mitbehandelnde Ärzte werden nicht so ganz selten auch in Form von Widersprüchen tätig, wenn der MDK einen Behandlungsfehler bei ihrem neuen Patienten verneint hat. In nicht wenigen Fällen bleibt dabei sogar unklar, ob den Ärzten überhaupt das MDK-Gutachten vorlag. Und manchmal werden auch Schein-Argumentationen aufgebaut, die zu den entscheidenden Fragen nur einen wirklich außerordentlich lockeren Bezug haben.

Die Überlassung von Unterlagen

Dass eine gutachterliche Stellungnahme ohne Überlassung von Kopien der Akte und aller anderen Dokumente der Arztpraxis bzw. Klinik (inklusive aller EDV-Aufzeichnungen) nicht möglich ist, dürfte klar sein. Selbstverständlich müssen die Unterlagen auch alle Sachverhalte und Konsultationsanlässe abdecken, die als Vor- oder Nachbehandlung im Rahmen der Klärung von den Ärzten oder ihren Versicherern als relevant geschildert werden.

Jede Anforderung ärztlicher Unterlagen durch die Krankenkassen sollte mit der doppelten Bitte an den Arzt verknüpft sein, freundlicherweise separat schriftlich zu bestätigen,

- dass die überlassenen Unterlagen vollständig sind und
- dass nach Kenntnis des Behandlungsfehlerverdachts weder handschriftlich noch EDV-technisch irgendwelche Änderungen, Ergänzungen oder Bearbeitungen vorgenommen wurden.

Wird eine solche Bitte kassenseitig nicht geäußert, wäre es gleichwohl äußerst wünschenswert und zweifelsohne im Sinne der ärztlichen Ethik, wenn Ärzte und Kliniken – auch ungebeten und freiwillig – aus Gründen der

Fairness diese an sich selbstverständliche Zusage abgeben würden. Bisher finden sich solche spontanen Bestätigungen der Vollständigkeit und „Unversehrtheit“ der vorliegenden und übersandten Unterlagen leider nur selten.

„Vertrauen“ ist, woran erinnert werden darf, in der Arzt-Patienten-Beziehung – und übrigens auch in der Beziehung Ärzteschaft und Öffentlichkeit – keine Leistung mit Einbahnstraßen-Charakter, die also nur vom Patienten zu erbringen ist. Gerade wenn das Vertrauen in die ärztliche Kunst und Fähigkeit möglicherweise in Einzelfällen nicht gerechtfertigt war, ist jeder einzelne Arzt (ebenso wie die verfasste Ärzteschaft als Ganzes) dafür mitverantwortlich, dass nicht auch noch das Vertrauen in die berufspolitischen Standards und das ärztliche Ethos (durch Unklarheit über eventuelle nachträgliche Bearbeitung der Unterlagen, die juristischerseits als Fälschung zu qualifizieren wäre) untergraben wird.

Tatsächlich ist es leider allerdings nicht so ganz selten, dass ärztliche/klinische Dokumente an einigen Stellen, die zunehmend auch von den Juristen stärker beachtet werden, durchaus immer mal wieder den Verdacht nahe legen, dass genau solche nachträglichen Eintragungen erfolgt sind, weil plötzlich im Dokumentationsduktus „unharmonische“ Notizen einige normale RR-Werte (bei dem Vorwurf einer langjährig ungenügenden Hypertonie-Behandlung mit Schlaganfallfolge) oder eine telefonische Konsultation mit einem Kollegen (bei einem nachträglich problematisch gewordenen Befund) oder einen höheren als den tatsächlichen Zigarettenkonsum (bei chronischem Husten und nachfolgend deutlich verzögert festgestelltem Bronchialkarzinom) festhalten.

Und schließlich sollte sich die Ärzteschaft einer weiteren Bitte gegenüber aufgeschlossen zeigen: Handschriftliche Arztakten sind oftmals nicht nur wegen unlesbarer Handschriften nicht befriedigend auswertbar, sondern auch wegen einer Unzahl fachspezifischer und vor allem höchst individueller Abkürzungen der Fach- und Umgangssprache.

Da sich eine ordnungsgemäße Prüfung verständlicherweise nicht darauf beschränken kann, nur die lesbaren Teile auszuwerten, darf an die gegebenenfalls betroffenen Kolleginnen und Kollegen die Bitte geäußert werden, neben den Kopien der unveränderten Handakte eine maschinenschriftliche Voll-Ab-schrift aller Eintragungen zu dem in Frage stehenden Zeitraum zur Verfügung zu stellen. Kann ein Gutachter, was beinahe eher die Regel als die Ausnahme ist, nicht alle Eintra-

gungen korrekt entziffern, müsste ansonsten diese Abschrift nachgefordert werden. Dies verzögert die Klärung der Angelegenheit, die in der überwältigenden Mehrzahl – siehe oben – mehr im Interesse des einzelnen Arztes als dem des Patienten, in jedem Fall aber im Interesse der Ärzteschaft als Ganzes liegt.

Ein Gutachten oder ein Verwaltungshandeln, das letztlich aus Gründen mangelnder Les- und Entzifferbarkeit der Unterlagen nur auf der Auswahl relativ zufälliger Einzel-Be-standteile der Dokumentation beruht, erfüllt nicht seinen Zweck und führt möglicherweise zu kostenintensiven Klageverfahren, die vermeidbar sind.

Die Juristen würden gegebenenfalls zudem zu prüfen haben, ob dem Erfordernis der Dokumentation überhaupt befriedigend Genüge getan ist, wenn die Teile, für die Dritte (Patienten, Kassen und ärztliche Gutachter, aber im Klagefall auch die Gerichte!) prinzipiell ein Einsichtsrecht haben (also ohne die höchst individuellen ärztlichen Einschätzungen und Bewertungen), nicht oder nicht vollständig zur Kenntnis genommen und verstanden werden können.

Ein verbessertes Zusammenwirken von Ärzteschaft und Krankenkassen/MDK dürfte das Vertrauen in das medizinische Versorgungssystem positiv beeinflussen.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Helmut Piechowiak, Internist-Sozialmediziner, MDK, Ressort: Strategie und Gesundheitspolitik, BZ München-Nord, Taunusstraße 27, 80807 München, E-Mail: helmut.piechowiak@mdk-in-bayern.de

Dr. Christian Alex, Allgemeinarzt – Sozialmedizin, Leitender Arzt, Strategie und Gesundheitspolitik, E-Mail: christian.alex@mdk-in-bayern.de, und

Holger Freese, Ass. Jur., Leiter des Referats Revision, Recht und Datenschutz, E-Mail: holger.freese@mdk-in-bayern.de, beide MDK-Hauptverwaltung, Putzbrunner Straße 73, 81739 München,

Dr. Ingeborg Singer, Chirurgin – Sozialmedizin, Leiterin des FB MedRecht beim MDK, BZ Ansbach, Würzburger Landstraße 7, 91522 Ansbach, E-Mail: ingeborg.singer@mdk-in-bayern.de



Ich setz' meine Nieren nicht unter Druck!

Rechtzeitiges Erkennen und Behandeln von **Bluthochdruck** schon die Nieren und schützt vor Nierenfunktionsstörungen.

Das Leben ist schön – achten Sie darauf, dass es so bleibt!

Wir helfen ihnen dabei:
Herz-Kreislauf-Telefon:
0 62 21-47 48 00
(Mo.-Fr. 9-17 Uhr)

Deutsche Hochdruckliga Hochdruckliga
Deutsches Kompetenzzentrum Bluthochdruck
Berliner Str. 46, 69120 Heidelberg
www.hochdruckliga.info
hochdruckliga@t-online.de