



Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

**Bayerisches Ärzteblatt,
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,
81677 München, Fax 089 4147-202,
E-Mail: aerzteblatt@blaek.de**



Der „interessante Fall“ – Folge 1: Die tiefe Venenthrombose

Zum Artikel von Dr. Wilfried Rothenberger und Dr. Christian Schlesiger in Heft 10/2017, Seite 494 f.

Als seit 20 Jahren niedergelassener Gefäßchirurg möchte ich zu dem Sachverhalt Stellung beziehen.

Wenn bei einem Patienten mit Schmerzen in der Kniekehle und „ohne fehlende sonstige Hinweise auf eine Thrombose“ eine sofortige Kompressionssonografie erzwungen werden muss, brauchen wir uns nicht wundern, wenn unsere Klinikambulanzen und Praxen mit Notfallpatienten überlaufen werden. Wenn wir soweit sind, dass Schmerzen in jeder Körperregion, in der sich zufällig ein Gefäß befindet, kompressionssonografisch abgeklärt werden müssen, ist die Gefäßmedizin in Deutschland nicht mehr finanzierbar.

Wir können dann in unseren Praxen täglich über mehrere Stunden Thromboseausschlüsse an der Jugularvene (bei Halsschmerzen), an den Bauchvenen (bei Bauchschmerzen), an den Schultervenen (bei Schulterschmerzen), an den Kniegefäßen (bei Knieschmerzen) durchführen. Auch die Durchführung der Thrombose-Schnelltests hat zu einer nahezu grotesken D-Dimeritis geführt.

Wir müssen täglich in unseren Notfallsprechstunden Patienten mit völlig schlanken und unauffälligen Beinen untersuchen und Thromboseausschlüsse durchführen, nur weil der D-Dimer-Test erhöht ist.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist daher in keinsten Weise nachvollziehbar und wird die niedergelassenen Kollegen in Bayern weiter verunsichern.

Jeder, der diesen Artikel gelesen hat, wird seine Patienten mit unspezifischen Schmerzen einer sofortigen Kompressionssonografie zuführen wollen. Damit ist niemandem gedient! Analog der „number to treat“ müssen wir uns eine „number to diagnose“ überlegen.

Absolute Sicherheit in der Medizin wird es nie geben. Die moderne Medizin kann aber nur bezahlbar bleiben, wenn alle Beteiligten minimale Restrisiken akzeptieren.

Ich verweise hier auf eine Stellungnahme der Kommunalen Unfallversicherung Bayern, die regelhaft meine Thromboseausschlüsse kürzt: „Unseres Erachtens rechtfertigt die Sorge des behandelnden Arztes, jedes nur erdenkliche Risiko hinsichtlich einer Thrombose auszuschließen, um einer persönlichen Haftung vorzubeugen, jedenfalls keine Überdiagnostik zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung.“

Wir Ärzte werden zwischen Leitlinien, ungerechtfertigten Entscheidungen der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen und letztendlich dem Spardruck der Kostenträger (Privatkassen, gesetzliche Kassen, Unfallversicherungsträger) schlichtweg zerrieben.

Wer eine Maximaldiagnostik an jeder Körperregion und an jedem Körperorgan zu jeder Tages- und Nachtzeit fordert, muss auch die dafür notwendige Kostenstruktur und Personalstruktur schaffen.

Dies ist aber auch im reichen Deutschland sicher nicht gewünscht und möglich.

*Dr. Peter Heilberger,
Facharzt für Chirurgie,
90441 Nürnberg*

Antwort

Wir bedanken uns für den kritischen Kommentar zu unserem Beitrag und freuen uns über die Möglichkeit zur fachlichen Diskussion. Wir stimmen mit dem Autor des Leserbriefs darin überein, dass eine ungezielte Maximaldiagnostik nicht sinnvoll ist. Ziel des Beitrags war gerade deshalb, auf den fachlichen Standard hinzuweisen, bei dessen Einhaltung der Arzt sicher sein kann, dass sein Handeln im Falle einer rechtlichen Überprüfung nicht als fehlerhaft bewertet wird. Aus unserer Sicht als fehlerhaft zu beanstanden ist, dass im vorliegenden Fall die gültige S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie“ (AWMF Leitlinien-Register Nr. 065/002) nicht beachtet und aufgrund dessen die Diagnose einer tiefen Venenthrombose (TVT) mit nachfolgender Lungenembolie nicht gestellt wurde. Bei „nicht hoher“ klinischer Wahrscheinlichkeit für eine TVT und mutmaßlich positivem D-Dimer-Test wäre leitlinienkonform eine umgehende Bildgebung angezeigt gewesen und die richtige Diagnose wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit gestellt worden.

Leitlinien sind Behandlungsempfehlungen, von denen in begründeten Einzelfällen abgewichen werden kann. Entsprechende sachliche Gründe sind im vorliegenden Fall aber nicht ersichtlich. Die im Leserbrief kritisch gesehene D-Dimer-Bestimmung ist ein integraler Bestandteil des in der Leitlinie empfohlenen diagnostischen Algorithmus bei Verdacht auf TVT. Gerade der gezielte Einsatz des D-Dimer-Tests in der Stufendiagnostik bei Verdacht auf TVT macht es bei einer großen Zahl von Patienten möglich, auf eine Bildgebung zu verzichten und somit Ressourcen einzusparen.

Wie die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns auf Nachfrage bestätigte, muss grundsätzlich nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Vergütung nicht für jede Leistung kostendeckend sein. Eine nicht kostendeckende Vergütung einer bestimmten Leistung entbindet den Arzt jedenfalls nicht von seiner Pflicht zur Einhaltung des zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden (Facharzt-) Standards, der im vorliegenden Fall in Form einer Leitlinie konsentiert ist. Diesen Standard auch in der (vertragsärztlichen) Vergütungssystematik adäquat abzubilden, wäre Inhalt von Vertragsverhandlungen der zuständigen Institutionen im Bewertungsausschuss unter Beteiligung der einschlägigen Berufsverbände und Fachgesellschaften.

*Dr. Wilfried Rothenberger und
Dr. Christian Schlesiger*