Evidenzbasierte forensische Medizin und „Behandlungsfehlergutachten“

Methodenkritische Bestandsaufnahme aus rechtsmedizinischer Sicht

In den letzten Jahren ist eine stetige Zunahme von rechtsmedizinischen Gutachtenaufträgen zu medizinischen Behandlungsfehlervorwürfen zu beobachten. Madea u. Dettmeyer [10] zitieren Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK), die die Zahl dokumentierter Behandlungsfehler auf 400.000/Jahr schätzen. Die Gründe für diese Entwicklung dürften vielfältig sein. Einerseits ist ein Zuwachs an Mündigkeit der Patienten und ihrer Angehörigen zu beobachten, die zu einem gefestigten gesellschaftlichen Konsens darüber geführt haben, dass medizinische Behandlungsfehler zum Wohle der Patienten sowie zur Vermeidung von zukünftigen Schäden aufgedeckt und aufgearbeitet werden müssen. Andererseits führt die flottierende Verfügbarkeit von quantitativ und qualitativ kaum überschaubaren medizinischen Informationen in den modernen Medien, z. B. im Internet, teilweise zu einer diffusen Verunsicherung der Betroffenen und begünstigt die Entstehung von Interessenkonflikten sowie Missverständnissen mit entsprechenden juristischen Folgeansprüchen [2, 5].

Obwohl die Begrifflichkeit „Behandlungsfehler“ nicht exakt definiert ist und offenkundig in verschiedenen Kontexten nicht gleichermaßen verwendet wird, erscheint es zweckmäßig, zwischen Diagnose-, Therapie- und Organisationsfehlern oder Versäumnissen in der Kommunikation und Dokumentationspflicht zu unterscheiden. Aus einer Untersuchung

von Gutachtenaufträgen der beiden rechtsmedizinischen Institute in Homburg/Saar und Frankfurt a. M. lässt sich ableiten, dass ärztliche Fehlleistungen in der klinischen Medizin häufiger diagnostische Fehleinschätzungen und seltener Behandlungsirrtümer betreffen. Bei den im Zeitraum von 1995–2007 von Rechtsmedizinern der Universität Frankfurt bearbeiteten ärztlichen Kunstfehlerverdachtsfällen handelte es sich in 88% der bestätigten Fälle um vermeintliche oder bestätigte Diagnoseirrtümer.

» Die Zahl dokumentierter Behandlungsfehler wird auf 400.000/Jahr geschätzt

In der rechtsmedizinischen Gutachtentätigkeit – in der Regel vor dem Hintergrund strafrechtlicher Fragestellungen – herrscht überwiegend die Überzeugung, dass bei einer hohen naturgegebenen Mortalität und Letalität einer konkreten Krankheitsentität (z.B. akuter Herzinfarkt) ein schicksalhafter Verlauf trotz nachweisbarer medizinischer Fehlleistungen bereits deshalb nicht ausgeschlossen wird, weil ein Ausbleiben des gesundheitlichen Schadens bzw. der fatalen Folgen nach den rechtlichen Vorgaben des Strafrechts auch im Fall der optimalen medizinischen Versorgung nicht „mit der notwendigen Gewissheit“ bzw. „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ zu beweisen ist [13]. Die Folge ist dann oft,

dass keine Mühen mehr unternommen werden, *Fehler, Irrtümer* und *unerwünschte Ereignisse* aufzuklären und fachlich bzw. wissenschaftlich zu bewerten [8]. Diesem verständlichen gutachterlichen Pragmatismus in Strafverfahren und im Kern auf probabilistischen Erfahrungssätzen beruhenden Urteil stehen das Unverständnis der unmittelbar Betroffenen und der um Patientensicherheit bemühten Personengruppen sowie die Gefahr gegenüber, in einen gutachterlichen Nihilismus zu verfallen. Hierdurch gewinnt das durchaus notwendige Zurückhaltungsgebot gelegentlich einen schalen Beigeschmack, auch wenn man durch diese Argumentationsweise der von Klinikern gelegentlich verwendeten Karikatur des Rechtsmediziners als „postmortalen Besserwisser“ nicht entspricht.

Unabhängig von den Einflussfaktoren, die letztendlich zu Behandlungsfehlern und -irrtümern führen können, muss sich die gutachterliche Diskussion über die Vermeidbarkeit einer bestimmten Fehlleistung frei von denkbaren juristischen Konstellationen auf ihren sachlogischen, wissenschaftlich begründbaren Kern konzentrieren.

Eine gutachterliche Bewertung von verwendeten diagnostischen und therapeutischen Verfahren allein aus der Perspektive der Rechtsmedizin wird jedoch den zunehmend komplexen Fragestellungen immer weniger gerecht, sodass die konsiliarisch interdisziplinäre Begutachtung zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Diese zentrale Frage, mit Auswirkungen auf das Selbstverständnis der Fachdisziplin „Rechtsmedizin“, macht eine Diskussion über die wissenschaftliche Fundiertheit von Gutachten und die Zulässigkeit eines wissenschaftlichen Sachverständigenbeweises im Allgemeinen und für den konkreten Fall unverzichtbar.

Die juristische Formel, dass der „Sachverständige nach bestem Wissen und Gewissen“ zu handeln hat, zeigt, dass die gesetzliche Norm und ihre Anforderungen an den Sachverständigen hinter den wissenschaftlichen Möglichkeiten zurückbleiben. Ein bestmögliches Wissen und Gewissen des einzelnen Experten als alleinige Bewertungsmaxime wäre in der klinischen Medizin z. B. bei Operationsentscheidungen nicht mehr ausreichend und tragbar und kann daher insbesondere bei gutachterlichen Bewertungen von klinischen Behandlungsfehlern ebenfalls nicht genügen.

Vielmehr sollte auch der gutachterlich tätige Arzt seine Entscheidungen und Bewertungen zusätzlich zu seinem persönlichen Erfahrungswissen anhand des gegenwärtig anerkannten Wissensstands, basierend z. B. auf evidenzbasierten Studienergebnissen, begründen können. Die gutachterliche Argumentationslehre kann vielschichtige Syllogismen als Instrumente nutzen, angefangen von logischen und deterministischen bis hin zu statistischen Erfahrungssätzen oder „Likelihood“-Betrachtungen [1]. Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass der Sachverständige seine Kompetenzgrenzen erkennt und bei unzureichendem eigenem Sachverstand das konsiliarische Hinzuziehen spezialisierter Fachkollegen empfiehlt.

Die Übersichtbeiträge der vorliegenden Ausgabe der Zeitschrift *Rechtsmedizin* haben zum Ziel, aktuelles Fachwissen häufiger Krankheitsbilder mit primär hoher Mortalität und Letalität sowie entsprechend großer gutachterlicher Relevanz unter einem forensisch fokussierten Blickwinkel zusammenzutragen, um als zusätzliche Bewertungshilfe für entsprechende Behandlungsfehlergutachten zu dienen. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf möglichst aktuelle und belastbare epidemiologische Daten zu Prävalenz, Inzidenz, Morbidität, Prognose und Mortalität gerichtet, da eine Bewer-

tung mit ausreichender Evidenz, z. B. zur Unvermeidbarkeit von Folgen eines speziellen medizinischen Tuns oder Unterlassens, ohne eine angemessene faktische Grundlage nur begrenzt möglich ist [6].

Im Verlauf der Datenrecherche wurde schnell klar, dass verlässliche Häufigkeitsangaben relativ rar sind und viele zitierte Häufigkeitszahlen eine Tendenz zur referenziellen Verfestigung besitzen, ohne dass es für die Statistiken eine ausreichende und belastbare Datengrundlage gäbe. Dies liegt u. a. an der grundsätzlichen Schwierigkeit, Krankheits- und Todesursachen statistisch und überregional zu erfassen, wenn u. a. kritisch der Frage nachgegangen wird, wie genau die in den ambulant ausgestellten Todesbescheinigungen erfassten Todesursachen bei gleichzeitig niedrigen Obduktionsraten grundsätzlich sein können.

Ein weiteres Ziel dieser Übersichten ist es, allgemein wissenschaftlich anerkannte Handlungsstränge von optionalen, wissenschaftlich noch nicht ausreichend evaluierten oder sogar strittigen Algorithmen in relevanten Entscheidungsbereichen von Diagnostik und Therapie abzugrenzen, soweit sich hieraus Beurteilungsmaßstäbe für eine infrage gestellte Ursächlichkeit zwischen medizinischem Handeln und Schaden (Tod) des Patienten ergeben könnten.

Wissenschaftliche Leitlinien können dabei wichtige Entscheidungshilfen darstellen und, je nach Evidenzstufe, ein abgesichertes Fundament der fachlichen Entscheidungen bilden [3, 4].

➤ Leitlinien dürfen und soll(t)en als Bewertungsinstrument für rechtsmedizinische Gutachten herangezogen werden.

Sie entbinden den Gutachter jedoch nicht von einer Beurteilung der medizinischen Sachlage im konkreten Einzelfall. Der Gutachter sollte dabei die Entwicklungsstufen der verfügbaren Leitlinien berücksichtigen. Dies ist eine Forderung, die durch die teils uneinheitlichen Definitionen der Evidenzstärke (S1–S3, Evidenzlevel A–C usw.) erschwert wird. Als zuverlässige Quelle kann derzeit in Deutschland die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesell-

schaften (AWMF, [3]) benannt werden, die, nach Fachgesellschaften getrennt, die aktuell gültigen Leitlinien online frei zur Verfügung stellt und ihre stetige Weiterentwicklung fördert. Weitere evaluierte Leitlinien werden insbesondere durch die Bundesärztekammer (BÄK, [3]) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verbreitet. Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien wurde als eine gemeinsame Qualitätsinitiative von BÄK, KBV und AWMF zur Qualitätsförderung in der Medizin gegründet [11]. Allerdings finden sich gegenwärtig nur zu einigen wichtigen Krankheitsbildern [u. a. Typ-II-Diabetes, „chronic obstructive pulmonary disease“ (COPD), koronare Herzkrankheit (KHK)] ausgearbeitete Versorgungsleitlinien.

Eine wiederkehrende Kritik betrifft die Zentrierung der Leitlinienentwicklung auf häufige Krankheitsbilder, ihre mitunter begrenzte Aktualität, die teilweise erhebliche Redundanz und die Gefahr der Einschränkung von notwendigen Entscheidungsspielräumen für Ärzte [7, 9, 12]. Ferner fließen in Leitlinien nicht nur medizinwissenschaftliche, sondern auch ökonomische und organisatorische Aspekte einer Kosten-Nutzen-Analyse im Gesundheitswesen ein, deren Einfluss auf die medizinische gutachterliche Bewertung kritisch zu hinterfragen wäre. Man könnte jedoch auch die Sichtweise vertreten, dass die genannten Gesichtspunkte entlastend wirken, da ausdrücklich mögliche Gefahren und Risiken mitbenannt werden, die dem handelnden medizinischen Personal nur begrenzt anzulasten sind.

Trotz aller berechtigten Vorbehalte gegenüber einer unkritischen, rezeptbuchartigen Befolgung von Leitlinien werden der Nutzen für die Patienten und die Qualität der medizinischen Behandlungen überwiegend anerkannt [2, 5]. Im Zusammenhang mit der Befolgung oder Nichtbefolgung medizinischer Leitlinien stellt sich immer häufiger die Frage, welcher Arzt in Abhängigkeit von seinem jeweiligen Ausbildungsstand konkret welche Leitlinien bestimmter Fachgesellschaft kennen und ggf. anwenden sollte. Entscheidend dürfte hierbei weniger das eigene Fachgebiet als vielmehr das Spektrum des eigenverantwortlich behandel-

ten Patientenguts sein; ein Argument, das sich bereits aus der grundsätzlichen Garantenpflicht eines jeden Arztes ableiten lässt [10, 13].

Der Sachverständige sollte sich aber stets vergegenwärtigen, dass die gutachterliche Abwägung, ob eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme angemessen war oder nicht, zu allererst nach dem allgemein anerkannten Erkenntnisstand der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Handlung und nicht pauschal nach schriftlich fixierten Inhalten von Leitlinien zu bewerten ist, auch wenn diese in der überwiegenden Zahl der Fälle den Stand der Wissenschaft zutreffend abbilden.

» Der allgemein anerkannte Erkenntnisstand der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Handlung ist entscheidend

Folgt man dieser Argumentation, wird deutlich, dass ein bloßer Verstoß gegen Leitlinien nicht zwangsläufig einen Behandlungsfehlerverdacht indiziert, soweit eine medizinisch plausible Erklärung für die Abweichung von einer gültigen Leitlinie vorliegt. Im konkreten Fall ist immer noch zu prüfen, ob die gewählte Art der Diagnostik und Therapie medizinisch und nach dem Stand der Wissenschaft zumindest vertretbar war und sogar vom Patienten gewünscht wurde (Stichwort: Komplementärmedizin) und ob der Patient dabei über die Risiken einer von den Leitlinien abweichenden medizinischen Vorgehensweise detailliert aufgeklärt wurde. Dies bedeutet allerdings auch, dass sich ein Arzt nicht darauf berufen kann, es habe zur betreffenden Krankheit noch keine veröffentlichte Leitlinie existiert, wenn unabhängig hiervon bereits eine wissenschaftlich fundierte, allgemein bekannte Meinungshoheit bestand. Obwohl dieser Grundsatz große Plausibilität besitzen dürfte, können sich im Einzelfall sehr komplexe und schwierig zu beantwortende gutachterliche Konstellationen ergeben. Die in der vorliegenden Ausgabe der Zeitschrift *Rechtsmedizin* publizierten Beiträge zur Begutachtung bei

- akutem Koronarsyndrom, Herzinfarkt,
- Lungenentzündung und
- thrombembolischer Lungenembolie

geben eine Orientierungshilfe und laden zur kritischen Reflexion und Diskussion ein.

F. Ramsthaler

P. Schmidt

Korrespondenzadressen

Dr. F. Ramsthaler

Institut für Rechtsmedizin,
Universität des Saarlandes
Gebäude 42,
66421 Homburg/Saar
Frank.Ramsthaler@
uniklinikum-saarland.de

Prof. Dr. P. Schmidt

Institut für Rechtsmedizin,
Universität des Saarlandes
Gebäude 42,
66421 Homburg/Saar
Peter.Schmidt@
uniklinikum-saarland.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierenden Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Aitken C, Taroni F (Hrsg) (2004) Statistics and the evaluation of evidence for forensic scientists. Wiley, West Sussex
2. Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR (Hrsg) (2007) Preventing medication errors. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors and the Board on Health Care Services. National Academies Press, Washington DC
3. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. AWMF. Leitlinien. <http://www.awmf.org/leitlinien.html>, Zugriff: 10.05.2013
4. Dierks C (2003) Legal implications of guidelines. Dtsch Med Wochenschr 128:815–819

5. Ferrara SD, Boscolo-Berto R, Viel G (Hrsg) (2013) Malpractice and medical liability: European state of the art and guidelines, 1. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
6. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Initiative des Robert Koch-Instituts und des Statistischen Bundesamtes. <http://www.gbe-bund.de/> Zugriff: 10.05.2013
7. Hasenfeld R, Shekelle PG (2003) Is the methodological quality of guidelines declining in the US? Comparison of the quality of US Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) guidelines with those published subsequently. Qual Saf Health Care 6:428–434
8. Holzer E, Tomczek C, Hauke E, Conen D, Hochreutener MA (Hrsg) (2004) Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Fakultas, Wien
9. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Hrsg) (1999) To err is human. Building a safer health system. National Academy Press, Washington DC
10. Madea B, Dettmeyer B (Hrsg) (2007) Medizinschadensfälle und Patientensicherheit: Häufigkeit – Begutachtung – Prophylaxe, 1. Aufl. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
11. Nationale Versorgungsleitlinien. <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/>, Zugriff: 10.05.2013
12. Praetoris F (2005) Ärztliche Entscheidungsspielräume – durch Leitlinien eingeengt oder erweitert? Hess Arztebl 8:516–520
13. Ulsenheimer K (1990) Rechtliche Grundlagen und Schranken rechtsmedizinischer Gutachtertätigkeit im Strafprozess. In: Klose W, Oehmichen M (Hrsg) Festschrift zum 70. Lebensjahr für Otto Pribilla. Schmidt-Römhild, Lübeck