

Aktuelle Studie belegt: Es bewegt sich nichts in der medizinischen Betreuung der multimorbiden Alterspatienten in stationären Alteneinrichtungen!

„Demenzranke werden im Heim oft falsch behandelt“, so der Titel eines Berichtes in Ärztliche Praxis v. 04.04.07¹.

Die Mediziner Anette Welz-Barth und Ingo Fügen vom Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke fordern, dass die medizinische Behandlung von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen dringend verbessert werden muss. Die Mediziner haben in einer aktuellen Studie gravierende Versorgung dieser Patientengruppe nachgewiesen.

"Die vorliegenden Daten weisen auf medizinisch unzureichende Versorgungsstrukturen hin. Es ist notwendig, über Strategien zur Steigerung der medizinischen Qualität in der Behandlung dementer inkontinenter Altenheimbewohner nachzudenken und Konsequenzen zu ziehen", resümiert Annette Welz-Barth. Reformen seien vor dem Hintergrund der alternden Gesellschaft dringend erforderlich. Schon heute hätten, so Welz-Barth, bis zu 70 Prozent der deutschen Altenheimbewohner eine Demenz."²

Die „Daten“, auf die das Resümee sich bezieht, sind wenig spektakulär und keinesfalls überraschend:

Mediziner hatten in zwei Heimen die Versorgung von Demenzpatienten untersucht, bei denen zusätzlich eine Inkontinenz vorlag.

- In den allermeisten Fällen wurden die Krankheitsursachen falsch zugeordnet.
- Darüber hinaus konstatiert die Studie eine fragwürdige medizinische Versorgung und einen unangemessenen Einsatz von Medikamenten.

Im Klartext heißt dies:

- „Bei den meisten Patienten lag jedoch keine Ursachenzuordnung vor - eine Diagnose, um welche Demenzform es sich handelt, fehlte also. Vergleichbares galt für die Inkontinenz, die in nur zwei Prozent der Fälle diagnostisch entsprechend zugeordnet und eingeordnet und in nur fünf Prozent der Fälle spezifisch mit Medikamenten behandelt wurde. Mehr als 40 Prozent litten unter einer Doppelinkontinenz, das heißt Stuhl- und Harninkontinenz.“³
- Die medikamentöse Versorgung bei entsprechender Multimorbidität erwies sich häufig als nicht adäquat: Erkrankung und Medikament passten nicht zusammen, oder es gab Defizite bei der Dosierung und der Medikamentendauer.“³

Eine aktuelle Studie also, die die seit langem bekannten Defizite erneut bestätigt und es fragt sich, wann endlich entsprechende Konsequenzen gezogen werden.

Denn so wichtig die Studie auch ist, stimmt es gleichwohl nachdenklich, wenn im Jahre 2007 darauf hingewiesen wird, dass es notwendig sei, über Strategien zur Steigerung der

¹ Ärztliche Praxis v. 04.04.07 >>> [Beitrag online](#) <<< (html)

² Ärztliche Praxis, ebenda

³ Ärztliche Praxis, ebenda

medizinischen Qualität in der Behandlung dementer inkontinenter Altenheimbewohner nachzudenken.

Mit Verlaub: Unabhängig von dem Reformbedürfnis vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in unserer Gesellschaft und der zunehmenden Anzahl dementer Patienten, die in stationären Alteinrichtungen betreut werden, hängt hiervon die medizinische Qualität einer rationalen ärztlichen Behandlung wohl nicht ab.

Jeder der in der Studie festgestellten Defizite könnten für sich genommen als „Fehler des Monats“ im Fehler- und Berichtssystem für Hausarztpraxen und in dem geplanten System für die Altenpflege bezeichnet und umschrieben werden.

„Die medikamentöse Versorgung bei entsprechender Multimorbidität erwies sich häufig als nicht adäquat“. Was bedeutet dies? „Erkrankung und Medikament passten nicht zusammen, oder es gab Defizite bei der Dosierung und der Medikamentendauer.“⁴

Auch wenn wir gemäßigte Kritik äußern wollen, so fällt doch die Umschreibung von klassischen ärztlichen Behandlungsfehlern mit „nicht adäquat“ äußerst moderat aus.

Es bedarf keiner langatmigen Ausführungen, dass eine fehlerhafte Pharmakotherapie – zumal wenn die Medikation nicht auf die Erkrankung zugeschnitten ist – einen ärztlichen Behandlungsfehler darstellt und genau dies scheint der springende Punkt in der aktuellen Diskussion zu sein. Dass die ärztliche Betreuung eines multimorbiden Alterspatienten eine anspruchsvolle Aufgabe ist, wird keiner bestreiten wollen. Aber gerade mit Blick auf die Primärpflichten des Arztes bei einer Pharmakotherapie dürfte es ebenso unbestritten sein, dass es die vornehmste Aufgabe des Arztes ist, das *richtige* Medikament nach einer erfolgten Anamnese und Diagnose der *richtigen* Krankheit zuzuordnen, und zwar bei *richtiger* Verordnung und Dosierung!

„Vor jede Therapie haben die Götter die Diagnose gesetzt“ und gleichwohl ist zuzugeben, dass die Gerichte sog. Diagnoseirrtümer sehr verhalten als ärztliche Behandlungsfehler qualifizieren⁵.

Es kann davon ausgegangen werden, dass "*Fehldiagnosen ... in erster Linie dann Gegenstand der Arzthaftung (sind), wenn Krankheitserscheinungen in völlig unvertretbarer, der Schulmedizin entgegenstehender Weise gedeutet, elementare Kontrollbefunde nicht erhoben werden oder eine Überprüfung der ersten Diagnose im weiteren Behandlungsverlauf unterbleibt, auch wenn dieser keine Wirkung zeigt*"⁶

Dies ist insoweit ein richtiger Ansatz, da die Diagnose per definitionem eben nicht zur endgültigen Feststellung der Krankheit und ihrer Ursachen zu dienen bestimmt ist, sondern vielmehr ein dynamisches Element beinhaltet; von daher sind Diagnoseirrtümer nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler zu bewerten⁷.

Die pathogenetische Primärorientierung im Rahmen der Diagnose bedarf im Nachgang hierzu stets der Korrektur und Anpassung, so dass diejenigen Fälle, die einen Rückschluss auf die

⁴ Ärztliche Praxis, ebenda

⁵ Vgl. etwa OLG Köln, Urt. v. 28.01.88, in VersR 1989, S. 631

⁶ Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechtes, Uhlenbruck, § 50 Rdnr. 3; OLG Köln, Urt. v. 28.01.88, in VersR 1989, S. 631; desgleichen OLG Düsseldorf, Urt. v. 31.07.86, in VersR 1987, S. 994

⁷ OLG Köln, Urt. v. 28.01.88, in VersR 1989, S. 631 mit Hinweis auf BGH, in VersR 1981, S. 1033

Bedarfssituation zulassen, außerordentlich selten sein dürften. Soweit also eine Korrektur der Erstdiagnose erforderlich ist, kann nicht (zugleich) von einer Fehldiagnose gesprochen werden; diese wird erst dann zu einer Fehldiagnose, wenn der Arzt bei seiner ersten Annahme bleibt, obgleich er die Möglichkeit hatte, von der richtigen Diagnose und damit von der zutreffenden Pathogenese Kenntnis zu erlangen⁸.

Es versteht sich von selbst, dass die Diagnosestellung die wichtigste Voraussetzung für eine sachgemäße Behandlung darstellt⁹.

Gerade aufgrund des Multimorbiditätsrisikos des Alterspatienten kommt dem dynamischen Element der Diagnose ein besonderer Stellenwert zu, dergestalt, als dass die spezielle Situation des Alterspatienten eine fortlaufende Kontrolle der Erstdiagnose gebietet.

Zu Recht hebt Oesterreich bereits in seinem Lehrbuch zur Gerontopsychiatrie von 1993 (!) hervor, dass die Ermittlung einer Multimorbidität bei den Hoch- und Höchstbetagten zur Grundlage geriatrischer Diagnostik und Therapie zählt, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Multimorbidität die Durchführung der Behandlung erschwert¹⁰.

Da insoweit *kombinierte Erkrankungen mit Kausalzusammenhang* (voneinander ableitbare Krankheiten) und sog. *komitierende Erkrankungen ohne Kausalzusammenhang* (zufällig nebeneinander bestehende Krankheiten) unterschieden werden können, erfordert der diagnostische Prozess bei Alterspatienten - zumal bei psychisch Erkrankten - einen erheblichen Zeitaufwand. Erst die **Verlaufsbeobachtung** ermöglicht im Zweifel die präzise diagnostische Zuordnung oder zwingt ggf. zur Korrektur der ursprünglich gestellten Verdachtsdiagnose resp. Erstdiagnose¹¹.

*"Der Ehrgeiz des Untersuchers, sich rasch diagnostisch festzulegen, ist bei einem Großteil gerontopsychiatrischer Patienten nicht angebracht. Auf der anderen Seite zeugt diagnostische Unsicherheit nach längerer Beobachtungsdauer von fachlicher Inkompetenz des Arztes"*¹².

Es liegt auf der Hand, dass sich hierdurch für den Arzt die Gefahr potenziert, gleichsam eine Fehldiagnose zu stellen.

Wenn und soweit die aufgrund einer Verdachtsdiagnose durchgeführte Untersuchung nicht zu einem eindeutigen Ergebnis geführt hat, muss der Arzt den Patienten/Bewohner im Falle anhaltender Beschwerden wieder einbestellen bzw. erneut aufsuchen, um die Diagnose bei der weiteren Behandlung überprüfen zu können¹³.

Mit Nachdruck vertritt hier der Autor die Auffassung, dass im übrigen die Diagnostik gerade bei einem Alterspatienten ein Höchstmaß an Fachkompetenz der beteiligten Akteure gebietet, gerade in Kenntnis dessen, dass wegen der Vielfalt der möglichen Geschehensabläufe die Verantwortlichkeit des Arztes für Versäumnisse oder Fehler bei der Diagnose nicht nach einem festen Schema beurteilt werden kann.

vgl. etwa OLG Bamberg, 30. 1. 1991, in VersR 1992, SS 831:

Die Schwelle, von der ab ein Diagnoseirrtum als schwerer Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst zu gelten hat, liegt hoch. Es muss ein fundamentaler Diagnoseirrtum vorliegen, der in Anbetracht der Eindeutigkeit der Befunde unter keinem denkbaren Gesichtspunkt entschuldbar erscheint.

⁸ Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechtes, Uhlenbruck zu § 50 Rdnr. 4

⁹ Diese zu stellen, ist freilich eine der Primärpflichten des Arztes, die keiner Delegation fähig ist.

¹⁰ Klaus Oesterreich, Gerontopsychiatrie – Forschung/Lehre/Praxis/Perspektiven, 1993, S. 65

¹¹ Oesterreich, ebenda, S. 65, 71

¹² Oesterreich, ebenda, S. 71

¹³ OLG Köln, Urt. v. 04.07.99, in VersR 1999, S. 1299

Eine Würdigung kann nur anhand des Einzelfalls und des konkreten Beschwerdebilds, so wie es sich dem Arzt dargestellt hat, vorgenommen werden¹⁴.

Freilich gilt es zu betonen, dass gerade bei einem Alterspatienten die Diagnostik aufgrund des Morbiditätsrisikos einen ungleich höheren Stellenwert einnehmen dürfte, so dass hieraus folgend dem Arzt **gesteigerten Pflichten im Rahmen der Diagnostik** aufzuerlegen sind. Gerade ein routinemäßiges Handeln aufgrund bestimmter Erfahrungswerte ist bei einem Alterspatienten unangebracht und könnte zu einem klassischen Behandlungsfehler führen.

Es gilt als unbestritten, dass die meisten Fehldiagnosen auf der Nichterhebung elementarer Kontrollbefunde oder auf einer unterlassenen Überprüfung und Korrektur der sog. Arbeitsdiagnose¹⁵ beruhen, wenngleich an dieser Stelle nicht unerwähnt werden darf, dass andererseits gerade bei Alterspatienten sich aus dem Lebensalter und dem Zustand des Patienten sowie der Art der Erkrankung die Verpflichtung des Arztes ergeben kann, von diagnostischen Eingriffen überhaupt Abstand zu nehmen¹⁶.

Problematisch ist die Tatsache, dass der Begriff des Behandlungsfehlers im deutschen Recht nicht definiert ist. Allgemein wird unter einem Behandlungsfehler der Verstoß eines Arztes gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Wissenschaft verstanden und zusätzlich, falls ein derartiger Verstoß nicht vorliegt, eine Sorgfaltspflichtverletzung gegenüber dem Patienten, die bei diesem zu einem Schaden an Leben oder Gesundheit führt und die der Arzt zu vertreten hat¹⁷.

Fehldiagnosen sind einem Arzt insbesondere dann vorzuwerfen, wenn ihm dabei eine Sorgfaltspflichtverletzung zur Last fällt. Dies gilt insbesondere dann, wenn elementare Kontrollbefunde nicht erhoben oder die zunächst gestellte Diagnose im weiteren Behandlungsverlauf nicht überprüft worden ist¹⁸.

Demzufolge schuldet der Arzt die berufsfachlich gebotene Sorgfalt und nicht nur die übliche; fahrlässig handelt vielmehr der Mediziner, der "das in den Kreisen gewissenhafter und aufmerksamer Ärzte oder Fachärzte vorausgesetzte Verhalten unterlässt"¹⁹.

Da der Alterspatient einem besonderen Multimorbiditätsrisiko ausgesetzt ist der Schluss geboten, dass sich der Alterspatient im Spektrum der Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie als Patient (!) bewegt; diese keineswegs als neu zu bezeichnende Kenntnis gebietet ein Maß an diagnostischer Analyse, die gleichsam dem Umstand der **Mehrdimensionalität** positiv Rechnung trägt.

Mit Oesterreich ist davon auszugehen, dass die Entstehung und der Verlauf normaler und krankhafter Altersprozesse multikonditional geprägt ist und demzufolge diese Regel bei vermeintlich kausal eindeutig nachweisbaren Erkrankungen Gültigkeit besitzt²⁰.

¹⁴ OLG Düsseldorf, Urt. v. 31.07.86, in VersR 1987, S. 994

¹⁵ Laufs/Uhlenbruck, aaO., Uhlenbruck, § 50 Rdnr. 9; vgl. im übrigen OLG OLG Köln, Urt. v. 04.07.88, in VersR 1988, S. 1299

¹⁶ Uhlenbruck, ebenda, § 50 Rdnr. 11; ders. in *Arztrecht* 1980, S. 175 (177 m.w.N.; siehe auch OLG Köln, Urt. v. 26.11.87, in *MedR* 1988, S. 185: Eine derartige *Überdiagnostik* kann sich ebenfalls als ärztlicher Diagnosefehler darstellen wie die Fehldiagnose im klassischen Sinne. Der Arzt ist im übrigen verpflichtet, den Patienten nicht in unnötige Ängste zu versetzen und nicht unnötig zu belasten. Er verletzt diese Pflicht, wenn die dem Patienten eröffnete Diagnose objektiv falsch ist und dafür keine hinreichend tatsächliche Grundlage besteht, sie für den Laien auf eine schwere, unter Umständen lebensbedrohliche Erkrankung schließen lässt, und außerdem der Patient in psychischer Hinsicht zu Überreaktionen neigt.

¹⁷ Vgl. Narr, *Arzt-Patient-Krankenhaus*, 1987, S. 95 ff.; vgl. ferner Laufs, *Arztrecht*, 5. Aufl. 1993, Rdnr. 469 mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung; desgl. Laufs/Uhlenbruck, *Handbuch...*, Laufs, § 99 Rdnr. 5 ff.

¹⁸ OLG Köln, Urt. v. 04.07.88, in VersR 1988, S. 1299

¹⁹ Deutsch, zit. nach Laufs/Uhlenbruck, *Handbuch...*, Laufs, 99 Rdnr. 7

In der Konsequenz bedeutet dieser durchaus überzeugende Ansatz, dass die klassische Diagnose neben der Anamnese (und die Therapie) sich an diesem Prinzip evident auszurichten hat, mit dem an sich von der Rechtsordnung zu ziehenden Ergebnis, dass die Anamnese, Diagnostik und die Therapie sich speziell bei einem Alterspatienten wesentlich komplexer gestaltet, als bei einem anderen, nicht zu der Gruppe der sog. Alterspatienten zählenden Patienten.

Die immer wieder ins das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückten Defizite bei der Betreuung der Alterspatienten sind also keineswegs neu, geschweige denn nicht beherrschbar!

Gefordert ist derjenige medizinische Qualitätsstandard, der seit Jahren geschuldet ist. Wir müssen also nicht (!) mehr nachdenken, sondern schlicht und ergreifend lege artis handeln.

Wer immer noch Zweifel daran hegt, dass wir es nicht mit punktuellen kritischen Ereignissen in der medizinischen Betreuung stationär untergebrachter Alterspatienten zu tun haben, sondern mit einem höchst bedenklichen und nicht nachvollziehbaren Dauerzustand, der möge an ein Zitat eines Rechtsmediziners (1999 !) abschließend erinnert werden:

„Wer alte Menschen erlebt hat, deren Persönlichkeit bei nicht zu verantwortender Dauergabe von Psychopharmaka hinter der `chemischen Zwangsjacke` verschwand, der fragt sich immer wieder, wo das Verantwortungsbewusstsein derer geblieben ist, die mit solchen Dauerrezepturen alte Menschen bis zur Intoxikation und eventuell bis zum Tod chemisch misshandeln“²¹.

Lutz Barth, 07.04.07

© IQB 2007

Email >>> webmaster@iqb-info.de

Zur Webpräsenz des IQB

www.iqb-info.de

²⁰ Oesterreich, aao., S. 63, S. 85 ff.

²¹ [H.-J. Wagner, Interdisziplinäre Probleme und Aufgaben, in Dt.Ärztebl 1999; 96: A-3032-3034 \(Heft 47\) \(pdf.\)](#)