

# Leitlinien im Sozialrechtsgutachten Oberarztfortbildung

Dr. Martin Jung

BAG der leitenden Ärzte in der KJP

11.2.22

## Fragestellung Sozialgericht I

Es soll zu den nachfolgenden Fragen Stellung genommen werden:

1. Unter welchen Erkrankungen (welcher Erkrankung) litt die/der Versicherte bei Krankenhausaufnahme am 25.11.2015?
2. Wurde die/der Versicherte im Zeitraum vom 25.11.2014 bis 12.02.2015 oder Teilen hiervon (ggf. in welchen?) mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses, insbesondere der apparativen Ausstattung und der intensiven Betreuung durch jederzeit rufbereite Ärzte/innen und geschultes Pflegepersonal behandelt?
3. War diese Behandlung geeignet, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern?

## Fragestellung Sozialgericht II

- 4 Wie werden (wird) diese Erkrankungen (diese Erkrankung) üblicherweise nach den Regeln der ärztlichen Kunst behandelt? Gibt es für die Indikation einer stationären Behandlung konkrete Richtlinien, Leitlinien oder Standards, ggf. welche?
- 5
  - 1 Entsprach die erfolgte Behandlung den unter Ziffer 4 ggf. festgelegten Richtlinien, Leitlinien oder Standards, ggf. inwieweit nicht?
  - 2 Lagen bei der/dem Versicherten Besonderheiten vor, die ein Abweichen hiervon begründen, ggf. welche?
  - 3 Stand die Behandlung im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung, ggf. inwiefern?
- 6 Hätte das Behandlungsziel auch durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Pflege erreicht werden können, ggf. wie oder weshalb nicht?

## Fragestellung Sozialgericht III

- 7. Sofern die Erforderlichkeit (liegt vor bei Bejahung der Fragen 3, 5 a) oder b) und Verneinung der Fragen 5 c und 6) der Krankenhausbehandlung nicht oder nicht für den gesamten Zeitraum zu bejahen ist:
  - 1. war die Entscheidung des/der Krankenhausarztes/-ärztin, die stationäre Behandlung der/des Versicherten für erforderlich zu halten, nach seinem/ihrer im Behandlungszeitraum verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand richtig?
  - 2. Ab wann hätte er/sie erkennen können, dass die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung nicht (mehr) besteht?
  - 3. Diente der stationäre Aufenthalt unabhängig von den oben getroffenen Feststellung anderen Gründen (z.B. Pflegebedürftigkeit, Verhinderung von Selbst- und Fremdgefährdung, allgemeine soziale, humanitäre oder familiäre Gründe?)

## Vorgeschichte I

- Als Symptomatik bei Aufnahme wurden oppositionelles und aggressives Verhalten gegenüber der Adoptivmutter als auch in der Schule beschrieben. Daraus ergäben sich soziale Probleme.
- Linus sei motorisch unruhig, unkonzentriert und ablenkbar. Der Junge litte zudem unter emotionalen Problemen mit Trennungsangst, Sorgen um den Bruder und Selbstzweifeln. Die Stimmung sei starken Schwankungen unterworfen.
- Linus wird als emotional bedürftig beschrieben. Zudem schlafe er nur in Gegenwart der Adoptivmutter ein. Er leide unter Migräne.
- In der Schule habe Linus mit Mitschülern und Lehrern Konflikte, mit seinen Leistungen hänge er weit hinterher.

## Vorgeschichte II

- Ambulante Maßnahmen hätten sich als nicht ausreichend wirksam erwiesen. Im Einzelnen habe Linus Lerntherapie, Stimulanzientherapie, Logopädie, soziales Kompetenztraining erhalten.
- Zur Vorgeschichte wird berichtet, Linus lebe seit dem 3. Lebensjahr bei seiner Adoptivmutter, die gleichzeitig als Pflegemutter eingesetzt sei. Es bestünde regelmäßiger Kontakt zu den getrennt lebenden leiblichen Eltern. Eine Bruder lebe noch bei der Mutter, ein Schwester sei ebenfalls in einer Pflegefamilie untergebracht.

## Vorgeschichte III

- Linus werde mit 10 mg Equasym<sup>®</sup> morgens sowie 5 mg Medikinet<sup>®</sup> ab 15 Uhr behandelt. Das Verhalten sei trotz der Medikation sowohl in der Schule als auch zu Hause höchst problematisch. Unter dem Versuch einer Medikationserhöhung auf Medikinet<sup>®</sup> 20 mg habe Linus mit suizidalen Gedanken reagiert und die Einschlafstörung habe sich verschlechtert.
- Die Adoptivmutter habe an Zielen für den Aufenthalt die Überprüfung der Medikation angegeben, Linus habe angegeben, er wolle sich weniger mit Oma streiten und wünschte sich, dass Opa wieder mehr mit ihm unternehme.

## Diagnosen

Achse	Diagnose
Achse 1	Hyperkinetische Störung de Sozialverhaltens Sonstige Emotionale Störungen Nichtorganische Ein- und Durchschlafstörung
Achse 2	Rechenschwäche
Achse 3	Durchschnittliche Intelligenz
Achse 4	Psychische Belastung/Erkrankung der Bezugsperson Inadäquate intrafamiliäre Kommunikation Unzureichende Aufsicht und Steuerung Atypische Familiensituation Allgemeine Unruhe in der Schule Schulische Verweigerungshaltung
Achse 6	Ernste soziale Beeinträchtigung in den Bereichen inner- und au liäre Beziehungen und schulische Anpassung



## Gutachten MdK

- Medikation wurde trotz ADHS nicht optimiert
- Erziehungskompetenz der Adoptivmutter nicht ausreichend
- Aggressive Verhaltensweisen werden gezielt eingesetzt
- Fremdunterbringung wurde nicht thematisiert
- Eine diagnostische und therapeutische Phase zur Aufdeckung der erzieherischen und krankheitsunterhaltenden Defizite der Adoptivmutter wäre bis zum Jahresende 2012 nachvollziehbar gewesen.

## Stellungnahme GA I

Sowohl für die Störung des Sozialverhaltens als auch für die Hyperkinetische Störung existieren Leitlinien der AWMF<sup>1</sup>. Beide Leitlinien befinden sich in Überarbeitung, sodass aktuell bei der AWMF die Gültigkeit als »abgelaufen« angezeigt wird. Zudem sind die Leitlinien auf einem wissenschaftlich schwächeren Niveau S1. Gleichwohl waren sie zum Zeitpunkt der Entscheidung die noch im Netz zu finden und konnten als Maßgabe mit herangezogen werden.

Es sind ebenso internationale Leitlinien verfügbar, z.B. die guidelines des britischen NICE<sup>2</sup>, die als Referenz herangezogen werden können.

Die Störung des Sozialverhaltens und die Hyperkinetische Störung treten oftmals gemeinsam auf (»Komorbidität«). Die Behandlung wird dadurch kompliziert. Die gemeinsame Behandlung ist erforderlich. Laut

## Stellungnahme GA II

dem einschlägigen Lehrbuch von Baving<sup>3</sup> erfolgt

*»die Behandlung von Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens (...) mittels eines multimodalen Behandlungsprogramms. Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens weisen eine hohe Heterogenität auf, und für unterschiedliche Patienten sind unterschiedliche Risiko- und aufrechterhaltende Faktoren bedeutsam. Die multimodale Behandlung sollte alle dysfunktionalen Lebensbereiche des betroffenen Kindes oder Jugendlichen berücksichtigen, da Transfereffekte von einem Bereich auf einen anderen Bereich kaum zu erwarten sind (Barkley et al. 2000). Dieses gilt um so mehr, je älter der Patient ist, je ausgeprägter die Störung ist und je mehr Bereiche betroffen sind.«*

In Frage kommen unter Anderem

## Stellungnahme GA III

- Psychoedukative Maßnahmen: Aufklärung und Beratung der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und der Lehrer bzw. Erzieher)
- Eltern- bzw. familienbezogene Interventionen: Elterntraining und Interventionen in der Familie, einschließlich Familientherapie )
- Kind-/jugendlichenbezogene Interventionen (ab dem Schulalter): soziales Problemlöseund Kompetenztraining
- Interventionen in Kindergarten/Schule, einschließlich Platzierungsinterventionen
- Pharmakotherapie
- Jugendhilfemaßnahmen

## Stellungnahme GA IV

Für beide Störungsbilder wird das Behandlungssetting nach dem Schweregrad gewählt, die stationäre Behandlung kommt bei ausgeprägter Symptomatik in Frage oder, wenn ambulante Maßnahmen zuvor erfolglos geblieben sind.

Bei beiden Störungsbildern werden **multimodale Interventionen** empfohlen, also Maßnahmen, die die Bereiche im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells abdecken. Das sind neben der Einzeltherapie insbesondere der Einbezug der Bezugspersonen und der Schule. Bei **ADHS werden bei ausgeprägter Symptomatik pharmakologische Behandlungsoptionen mit Stimulanzen empfohlen**, zusätzlich zu psychosozialen Interventionen .

---

<sup>1</sup> Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

<sup>2</sup> The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) provides national guidance and advice to improve health and social care.

<sup>3</sup> Baving L; Störung des Sozialverhaltens, Heidelberg: Springer 2006, Sgo ff.

## Kritik I

- Die pharmakologische Behandlung der hyperkinetischen Symptome entspricht nicht den deutschen Leitlinien. Die empfohlene Dosierung etwa des Methylphenidats liegt bei 1 mg je Kilogramm Körpergewicht, die verabreichte Dosis lag bei 10 + 5 mg Methylphenidat. Damit wäre bei einem Körpergewicht von ca. 40 kg Abschnitt grundsätzlich der Versuch einer höhere Dosierung sinnvoll gewesen. Wir können angesichts der relativ geringen Dosis der Begründung im Abschlussbericht nur bedingt folgen, die »Medikation sei nicht wirksam gewesen, daher habe man auf die Medikation vollständig verzichtet«. Der MdK beklagt zu Recht den fehlenden Versuch einer weitergehenden Pharmakobehandlung bei einer ausgeprägten Symptomatik.

## Kritik II

- Andererseits sind bei der Höherdosierung des Methylphenidats offenbar mit erhöhter Suizidalität und verstärkter Einschlafproblematik schwerwiegende Nebenwirkungen aufgetreten. **Zu diskutieren wäre also ein erneuter Versuch der Dosissteigerung unter den gegebenen stationären Bedingungen und damit verbunden besseren Überwachungsmöglichkeiten, oder ein Wechsel der Substanz auf verfügbare Alternativpräparate oder andere Substanzgruppen. Auch wenn die alternativ verfügbaren Präparate jeweils nicht unproblematisch sind, hätte man sich doch die Diskussion darüber im Abschlussbericht gewünscht.**
- Ungünstig erscheint allerdings der administrative Verlauf und die Dokumentation der Entwicklungsfortschritte.

## Kritik III

- Da es sich tatsächlich bei der Rückkehr des Jungen in die Klinik am 3.1.13 (Weihnachtsurlaub) um eine Wiederaufnahme im administrativen Sinn gehandelt hat, wäre eine erneute Aufnahme prozedur einschließlich der aktualisierten Befunde und einer entsprechenden Begründung der Wiederaufnahme erforderlich gewesen. Dies Erfordernis ist möglicherweise den klinisch tätigen Kollegen nicht hinreichend deutlich, aus deren innerem Erleben wurde die begonnene und letztlich unvollständige Behandlung nur fortgesetzt.



## Kritik IV

- Zudem vermisst man im Verlauf – bei guter Dokumentation einzelner Therapiebausteine – Einträge zum »roten Faden« der Behandlung, Zwischenbefunde und Abstimmungsprozesse wie bei einer gemeinsamen interdisziplinären Visite oder kurze Begründungen zum Behandlungsverlauf und der Anpassung der Behandlungsplanung.
- Es finden sich in der Dokumentation einzelne Eintragungsfragmente, die darauf schließen lassen, dass diese Abstimmungen stattgefunden haben. Dadurch ist der jeweilige Wissens und Kenntnisstand der damals Behandelnden nur begrenzt transparent, die zu Grunde liegenden Überlegungen lassen sich mit klinischer Kenntnis indirekt erschließen, werden aber nicht explizit dargestellt.

## Fragestellung | Unter Welcher Erkrankung litt der Patient?

---

Achse 1	Gemischte Zwangsstörung mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (F42.2G)
Achse 2	Keine TLS
Achse 3	Überdurchschnittliche Intelligenz
Achse 4	Keine körperliche Begleiterkrankung
Achse 5	Psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils (MAS 2.0) Verlust einer liebevollen Beziehung (MAS 6.0) Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen (MAS 6.5)
Achse 6	Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den Bereichen Schule und Familie (MAS 5)

## Fragestellung II, Zwangserkrankung

- *Wie wird diese Erkrankung üblicherweise nach den Regeln der ärztlichen Kunst behandelt? Gibt es für die Indikation einer stationären Behandlung konkrete Richtlinien, Leitlinien oder Standards und ggf. welche?*

## Leitlinien I

- Für die Zwangserkrankung des Erwachsenenalters liegt eine Leitlinie<sup>4</sup> mit dem Stand vom 25.02.2013 vor.
- Eine Leitlinie der Zwangserkrankung für das Kindes- und Jugendalter wird unter der Registernummer Registernummer 028 - 007 für die AWMF vorbereitet und soll 2020 fertiggestellt werden. Das Leitlinienprojekt wird wie folgt begründet
- eine S1 Leitlinie »Zwangsstörungen<sup>5</sup>« aus dem Jahr 2007

---

<sup>4</sup>S3-Leitlinie Zwangsstörungen (AWMF-Registernummer 038/017) im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

<sup>5</sup>Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 73 - 86

## Stationäre Therapie

Eine stationäre Therapie ist indiziert

- bei besonders schwer ausgeprägter Zwangssymptomatik,
- bei beginnend chronischen Verläufen,
- bei besonders schwer ausgeprägten komorbiden Störungen (z B. Anorexie, Depressionen, Tic),
- bei mangelnden Ressourcen in der Familie oder besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen bzw.
- krankheitsbegünstigenden und -aufrechterhaltenden Einflüssen,
- bei erheblicher Beeinträchtigung von Alltagsaufgaben, nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie,
- bei gescheiterten ambulanten Behandlungsversuchen,

## Therapie

laut Leitlinie

- Kognitive VT
- Einbezug der Familie
- Pharmakotherapie
  - ▶ Bei fehlendem Ansprechen auf ein SSRI sollte zunächst auf ein anderes SSRI umgestellt werden.
  - ▶ Sollte ein zweites SSRI keine Symptomreduktion bewirken, so kommt die zusätzliche Verabreichung eines atypischen Neuroleptikums insbesondere bei komorbider Ticstörung in Frage.

## Stellungnahme

- Im übrigen wurden eine hochfrequente multimodale Therapie durchgeführt, die sowohl die individuelle als auch die familiären Aspekte berücksichtigt und sich nicht ausschließlich auf die Zwangssymptomatik sondern auch auf die begleitende Psychopathologie der Affektregulation, des Selbstwertes und der sozialen Kompetenz berücksichtigt.
- Die Pharmakotherapie wurde mit dem in den Leitlinien empfohlenen Medikament Fluvoxamin mit 150 mg täglich durchgeführt. Eine Anpassung der Medikation wurde nicht durchgeführt. Die Gründe dafür sind nicht ersichtlich.

## Fazit

Leitlinien sind weder rechtlich verbindlich sind noch liefern sie den verbindlichen Maßstab für die rechtliche Definition des medizinischen Standards, aber:

Leitlinien sind schon nach der Definition der AWMF »Handlungs- und Entscheidungskorridore«.



## Schluss

### Fazit

Aus diesem Grunde wird sich jeder gerichtlich bestellte Sachverständige mit ihnen auseinandersetzen müssen. Wenngleich er stets den Einzelfall zu begutachten hat, wird er kaum umhinkommen, dazu Stellung zu nehmen, ob Leitlinien hierauf Anwendung finden und ob sich der Behandler im erwähnten „Handlungs- und Entscheidungskorridor“ bewegt hat. Ist dies nicht der Fall, muss er hinterfragen, ob das Verlassen des Korridors (noch) dem ärztlichen Standard entsprach und dem konkreten Einzelfall geschuldet war.

Quelle: M. Müller, H.-P. Ulrich: Der MKG-Chirurg 2, 132ff; 2016