

## Fall des Monats – November 2012

### CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

**Der Fall:**<sup>1</sup> Patient lehnt Durchführung der Anästhesie ab, weil er über Risiko des Versterbens während Narkose aufgeklärt wird

**Wo ist das Ereignis eingetreten?** Krankenhaus/PM-Ambulanz **Versorgungsart?** Routine

**Tag des Ereignisses?** Wochentag **ASA-Klassifizierung:** ASA II

**Patientenzustand:**

Ein junger Patient wird für einen Elektiveingriff vorbereitet. Im Kindesalter hat er Schilddrüsenmedikamente eingenommen, anamnestisch ist eine einmalige paroxysmale Tachykardie in Erfahrung zu bringen. Aktuelles Labor: FT3 liegt knapp unter dem Normbereich (2.Stelle hinter dem Komma), FT4 und STH liegen im Normbereich.

**Fallbeschreibung:** Ein etwa 50-jähriger Patient wird für einen ambulanten Eingriff aufgeklärt. Die Schilddrüsenparameter sind wie oben beschrieben fast alle im Normbereich, der Patient nimmt keine Schilddrüsenmedikamente ein und die Klinik ist unauffällig. Der Patient wird auf die Nebenwirkungen der Hypothyreose aufmerksam gemacht (verlangsamtes Aufwachen bis zum Tod) und es werden ihm 2 Alternativen vorgestellt:

1. Der Eingriff wird durchgeführt und er lässt sich nach der Operation durch Medikamente einstellen, weil das Risiko sehr gering ist, dass jetzt etwas passiert oder

2. Er lässt seine Schilddrüsenwerte gleich einstellen und der OP- Termin wird verschoben.

Der Patient entscheidet sich für die 2. Alternative. Der Anästhesist teilt die Entscheidung des Patienten dem Operator mit, der damit nicht einverstanden ist. Da in naher Zukunft wenige OP-Kapazitäten vorhanden sind redet er selbst mit dem Patienten. Nach dem Gespräch Operator-Patient kommt es zum lauten Wortwechsel zwischen Operator und Anästhesisten und der Anästhesist wird beschuldigt, das Gespräch mit dem Patienten übertrieben zu haben. Der Patient wird einem Internisten vorgestellt. Die Frage, die sich nun stellt ist, ob der Anästhesist falsch gehandelt hat und ob der Anästhesist den Patienten nicht über das Risiko eines tödlichen Ausgangs der Narkose (auch wenn das übertrieben klingt) aufklären sollte.

**Häufigkeit des Ereignisses?** Mehrmals pro Jahr

**Wer berichtet?** Ärztin/Arzt

#### Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

Die vorliegende Meldung thematisiert einen interdisziplinären Disput zwischen Anästhesist und Operator, der sich über einer unterschiedlichen Risikoeinschätzung eines geplanten Eingriffs entfacht. Der Melder stellt zum einen die Frage

- nach der Angemessenheit der getroffenen Entscheidung und zum anderen
- nach der medikolegalen Verpflichtung, auf ein Versterben in Narkose hinweisen zu müssen.

<sup>1</sup> Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

Zunächst ist dem Melder für die Offenheit zu danken, mit der die Risikoeinschätzung und der entstehende Konflikt geschildert werden. Dies ist umso dankenswerter, als aufgrund der Schilderung davon ausgegangen werden kann, dass Melder und handelnde Person identisch sind.

Die medizinische und die juristische Einschätzung sollen im Folgenden gegeben werden.

### **Medizinische Beurteilung**

Das Risiko eines medizinischen Eingriffs kann in einen *unberechenbaren* („schicksalhaften“) und einen *berechenbaren* Anteil aufgliedert werden.

*Unberechenbar* wäre das stochastische Zusammentreffen vieler Einzelfaktoren (die sogenannte „Fehlerkette“), die unerwartet zu einer vital bedrohlichen Situation und bei inadäquatem Zwischenfallsmanagement im weiteren Lauf zu dauerhaftem Schaden oder zum Tode führen können. Hierzu können dem Patienten keine Angaben gemacht werden; der Anästhesist selbst wird diese Möglichkeit in seine tägliche Wahrnehmung integriert haben: „Anesthesia is a disaster waiting to happen“ und „Always expect the unexpected“.

*Berechenbar* sind alle Umstände, die nach aktuellem medizinischem Wissensstand das Anästhesierisiko für den Patienten erhöhen. Bei erhöhtem Risiko muss dann immer mit dem Patienten und dem operativen Partner in einer gemeinsamen Risikoabwägung entschieden werden, ob der zu erwartende Benefit für den Patienten ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko rechtfertigt. Als globaler Parameter hat sich in diesem Zusammenhang die ASA-Klassifikation etabliert, bei der eine Reihe an Studien eine klare Korrelation mit der perioperativen Morbidität und Mortalität zeigen konnten. Bei ASA IV und ASA V-Patienten ist in jedem Fall mit einem deutlich erhöhten perioperativen Risiko (einschließlich des Versterbens) zu rechnen und sollte entsprechend in die Risikoabwägung und das Gespräch mit dem Patienten (sofern möglich) oder dessen Angehörigen/Betreuern einfließen.

Diese Voraussetzungen sind in der vorliegenden Meldung jedoch nicht gegeben: Der Melder stuft den Patienten als ASA II ein und berichtet, dass der Grund für die Aufklärung in einem geringfügig erniedrigten fT3-Wert bei normalem fT4 und TSH zu suchen ist. (NB: es wird davon ausgegangen, dass es sich um einen Schreibfehler handelt und anstelle „STH“ das „TSH“ gemeint ist). Da die Schilddrüse bei einer Hypothyreose zu geringe Mengen an Schilddrüsenhormonen produziert, erfolgt über den thyreotropen Regelkreis ein Anstieg der Produktion durch eine Maximierung der TSH-Ausschüttung. Als Screening-Parameter eignet sich daher die alleinige Bestimmung des basalen TSH- Spiegels im Blut, der bei einer Hypothyreose immer erhöht ist. Ist dieser normal, kann bei einem klinisch unauffälligen Patienten auf eine weitere Bestimmung der Schilddrüsenhormone verzichtet werden. Im vorliegenden Fall handelt es sich somit um keine Hypothyreose und bedauerlicherweise um eine klinische Fehlinterpretation des Laborbefundes durch beide Ärzte, Anästhesist und Operateur. Es bestand zu keinem Zeitpunkt ein erhöhtes Anästhesierisiko für den Patienten und somit weder eine Indikation zur Verschiebung noch zur „besonders drastischen“ Aufklärung auf ein Risiko zu versterben.

Da in den meisten Vordrucken für die Anästhesieaufklärung Komplikationen wie der Herzkreislaufstillstand erwähnt werden und Patienten informiert aber nicht in Furcht versetzt werden sollen, kann bei Patienten mit keinem bis gering erhöhtem Risiko (ASA I-III) m. E. auf eine explizite Erwähnung verzichtet werden. Durch die Nachfrage, ob denn der Patient noch verbleibende Fragen zu den im Aufklärungsbogen aufgeführten Risiken hat, bietet man dem Patienten die Möglichkeit das Versterben in Narkose zu thematisieren, sofern gewünscht. Aus eigener Erfahrung hat sich bewährt, bei der regelhaft getroffenen Aussage „Ich habe Sorge,

ich wache nicht mehr auf!“ genau diesen Aspekt herauszuhören und zu präzisieren: „Sie reden davon, nicht mehr aufzuwachen, was sie aber vermutlich meinen, ist, dass sie Sorge haben zu *versterben*. Nun dazu kann ich ihnen sagen ...“.

### Die Analyse aus Sicht des Juristen

Nach der bisherigen Rechtsprechung und nun auch im Entwurf eines Patientenrechtegesetz vorgesehen, ist der Patient, der nicht ausdrücklich auf nähere Aufklärung verzichtet hat, über alle mit dem Eingriff verbundenen, typischen Risiken aufzuklären. Dies gilt auch dann, wenn die Risiken selten oder sogar sehr selten sind, vorausgesetzt, sie stellen, wenn sie sich verwirklichen, eine erhebliche Belastung für die Lebensführung des Patienten dar. Ein Blick in die gängigen Aufklärungsbögen zeigt, dass z.B. im Rahmen der Allgemeinanästhesie aufzuklären ist auch über „lebensbedrohende Komplikationen, z.B. Herz-, Kreislauf- bzw. Atemstillstand...“. Bei rückenmarknahen Regionalanästhesien wird z.B. auch auf das Risiko der Querschnittslähmung hingewiesen.

Dürfen therapeutische Rücksichtnahme Inhalt und Umfang der Aufklärung beeinflussen? Im neuen Patientenrechtegesetz findet sich folgende Regelung:

#### **§ 630e Abs. 3 BGB-E**

*Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.*

Einer Aufklärung des Patienten bedarf es also nur dann nicht, wenn diese aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist. Dies kann der Fall sein, wenn der Aufklärung, so die Begründung der Bundesregierung zum Gesetzentwurf, „erhebliche therapeutische Gründe“ entgegenstehen. Dabei kann es nur um „Ausnahmefälle“ gehen, nämlich um solche Fälle, in denen die Aufklärung „das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich“ gefährdet. Die Gefahr, dass der Patient nach Aufklärung eine medizinisch unvernünftige Entscheidung treffen könnte, soll die Aufklärungspflicht in keinem Fall einschränken dürfen. Dies entspricht auch der bisherigen Rechtsprechung.

Die Aufklärung dient dazu, dem Patienten in laienverständlicher Sprache „in großen Zügen“ das notwendige Wissen über den Eingriff, seine Alternativen und Risiken zu verschaffen, damit der Patient entscheiden kann, ob er das Risiko der Behandlung gegen das Risiko des Fortschreitens der Erkrankung austauschen möchte oder nicht. Dem Patienten, der nicht auf nähere Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat, sind zumindest die eingriffsspezifischen, typischen Risiken, auch wenn sie sehr selten sein sollten, im Falle ihrer Verwirklichung aber die Lebensführung des Patienten nachhaltig beeinträchtigen, darzustellen.

Dabei ist aber das richtige Wort zu wählen, die Risiken sind ärztlicherseits zutreffend darzustellen und zu bewerten. Denn eine Übermaßaufklärung, die den Patienten abschreckt, stellt ebenso wie eine unzureichende Aufklärung einen Aufklärungsmangel dar, der zu forensischen Konsequenzen führen kann, wenn der Patient infolge der durch die Übermaßaufklärung verweigerten Behandlung zu Schaden kommt.

Entscheidet sich der Patient indes nach adäquater Aufklärung dafür, den Eingriff zu verschieben oder gar abzulehnen und geschieht dies in Kenntnis der Konsequenzen, so ist dies das „gute Recht“ des Patienten – er hat dann auch die Konsequenzen seiner Entscheidung zu tragen.

Ob der Patient inhaltlich in der vorgestellten Weise aufzuklären ist, ist eine fachliche Frage, die zu beurteilen der Jurist nicht berufen ist.

### **Take-Home-Message**

- **Rechtzeitig im angemessenen Umfang aufklären.**
- **Übermaßaufklärung vermeiden, aber Einschränkung der Aufklärung aus therapeutischen Gründen nur im Ausnahmefall.**
- **Befürchtung, Patient werde sich gegen den Eingriff entscheiden rechtfertigt keine Einschränkung der Aufklärung.**

**Autoren:**

Dr. med. M. St.Pierre, Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen

Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

Dr. iur. E. Biermann, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

Prof. Dr. med. W. Heinrichs, AQAI GmbH, Mainz

Dipl.-Sozialw. T. Dichtjar, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg