



Berichten und Lernen

BDA und DGAI bieten ihren Mitgliedern im Berichts- und Lernsystem CIRS-AINS die Serviceleistung: der „Fall des Monats“.

www.cirs-ains.de/cirs-ains/publikationen/bda-und-dgai/fall-des-monats.html



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

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

R.-W. Bock, Rechtsanwalt,
Ulsenheimer – Friederich, Berlin

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

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

Aus den Berichten, die von den teilnehmenden Einrichtungen in CIRS-AINS eingestellt werden, wählt die Arbeitsgruppe BDA/DGAI in regelmäßigen Abständen einen sogenannten „Fall des Monats“ aus.

Unter dieser Rubrik werden Fälle veröffentlicht, die entweder in dieser oder in ähnlicher Form mehrfach aufgetreten sind und exemplarische Fehlerquellen repräsentieren oder solche, die als besonders bedeutungsvoll eingestuft werden. Die Fälle des Monats sind knapp gefasste Feedbacks mit sowohl anästhesiologischer als auch i.d.R. juristischer Analyse und gegebenenfalls Hinweisen auf wichtige Literatur zum jeweiligen Thema. Ziel ist es, mit diesen Fällen des Monats unsere Mitglieder für brisante Themen in der Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie zu sensibilisieren und Warnhinweise sowie Verbesserungsempfehlungen zu verbreiten.

* November 2013.

** Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

Fall des Monats*

Der Fall*

Pathologische SD-Werte werden übersehen, und Patient entwickelt perioperativ eine fulminante thyreotoxische Krise

Wo ist das Ereignis eingetreten?

Krankenhaus – Ambulante Prämedikation

Tag des berichteten Ereignisses:

Wochentag

Versorgungsart?

Routinebetrieb

ASA-Klassifizierung:

ASA II

Patientenzustand:

guter AEZ, voll belastbar

Wichtige Begleitumstände:

Die Prämedikationsambulanz kann nur bedarfsweise besetzt werden, ambulante Elektiveingriffe werden meist gleich für den nächsten Tag vereinbart.

Fallbeschreibung:

- Der Patient wird zu einer Elektivoperation in der chirurgischen Ambulanz vorstellig und erklärt dort, dass der Betriebsarzt eine Schilddrüsen-Überprüfung machen will. Ob dieser von der geplanten OP weiß, ist unbekannt. Laborwerte liegen nicht vor, chirurgischerseits wird nur das Routinelabor (ohne SD-Werte) veranlasst und das weitere Procedere der Vorbereitungen fortgeführt, allerdings erfolgt eine Aktennotiz.

- Der Patient muss in der Prämedikationsambulanz warten, kreuzt im Aufklärungsbogen „SD-Erkrankung“ NICHT an, der Anästhesist findet jedoch die Aktennotiz und fragt nach. Da der Patient klinisch unauffällig ist, wird keine Konsequenz gezogen, insbesondere erfolgt keine Nachforderung der SD-Werte und keine Notiz auf dem Vorbereitungsprotokoll.
- Für den Anästhesisten im OP liegt bei Narkoseeinleitung weder auf Aufklärungsbogen noch auf Vorbereitungsprotokoll ein Hinweis für eine gestörte SD-Funktion vor; die inzwischen nachgelieferten (vom Betriebsarzt veranlassten) Laborbefunde (mit relevantem Wert) wurden vom Stationspersonal lediglich abgehftet.
- Intraoperativ erfolgt eine schwere hypertensive Entgleisung mit Sinustachykardie, Schwitzen und CO₂-Anstieg. Der Patient ist normotherm, eine Narkosevertiefung ist ohne Erfolg, β-Blocker u.a. Antihypertensiva zeigen nur mäßigen Erfolg. Die Verdachtsdiagnose lautet MH. Da es sich um einen Kurzeingriff handelt, ist eine rasche Ausleitung möglich. Trotz suffizienter Spontanatmung ist der Patient nicht kooperativ, und es kommt zu Myoklonien.
- Es ist eine Reintubation notwendig, Verbringen auf ITS (100% O₂), weiterhin keine Temperaturerhöhung, die Verdachtsdiagnose einer thyreotoxischen Krise kann umgehend durch den nunmehr aufgefundenen präoperativen Laborwert gefestigt werden

und durch eigenes Labor bestätigt werden.

- Diagnose: Thyreotoxische Krise Stadium III (Letalität 30%!); das erweiterte Labor weist darüber hinaus Antikörper nach.
- Es erfolgt eine konservative thyreostatische Maximaltherapie und begleitende Intensivtherapie; ab dem 2. Tag entwickelt der Patient maximales Fieber; Entschluss zum Einsatz des CoolGard.
- Telefonisches Konsil mit universitärer Endokrinologie; Rat zur Ultima Ratio: Totale Thyreoidektomie trotz höchstem Risiko.
- Verlegung in entsprechendes Zentrum (dort erfolgt die OP und eine mehrwöchige Intensivtherapie bis zum Weaning und zur Verlegung in eine Reha).

Was war besonders gut?

- Sekundär sehr schnelle Diagnose gelungen.
- Trotz hoher Letalität und zahlreicher Komplikationen gelingt eine Restitution.

Was war besonders ungünstig?

1. Betriebsarzt und Chirurg unterschätzen die Bedeutung des erhöhten Laborwertes und kommunizieren dies dem Patienten so.
2. Die Patientenakte ist zum Zeitpunkt der Aufklärung unvollständig.
3. Unerfahrener Anästhesist veranlasst keine Laborkontrolle und fragt bezüglich des Laborwerts auch nicht nach.

Häufigkeit des Ereignisses?

nur dieses Mal

Wer berichtet?

Ärztin/Arzt

Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

Der vorliegende, detailliert geschriebene und spannend zu lesende Bericht konfrontiert den Kliniker mit einem klinischen Szenario, welches ihm aus seiner eigenen Tätigkeit vertraut vorkommen dürfte: Man sitzt im Rahmen einer Prämedikation einem Patienten gegenüber, welcher im Gespräch ganz beiläufig von einer geplanten Untersuchung oder ei-

ner abgenommenen Laboruntersuchung berichtet, welche ganz grundsätzlich auf die Möglichkeit einer bis dato unerkannten Pathologie hinweisen könnten, dies aber nicht zwingend tun müssen. Die Crux daran ist dabei häufig, dass entweder die Untersuchung noch nicht durchgeführt wurde oder der Laborwert im Augenblick nicht vorliegt (und möglicherweise nur mit erheblichem Aufwand beschafft werden könnte) und die Anamnese des Patienten bezüglich klinischer Indikatoren oder Warnhinweise eigentlich keinen Grund dafür bietet, diese Spur weiter zu verfolgen. Was also tun? Soll man nun auf den bloßen Verdacht hin auf einer Objektivierung (bzw. Falsifizierung) der angedeuteten Pathologie bestehen, eine mögliche Verschiebung des OP-Beginns und Konflikte mit den chirurgischen Kollegen in Kauf nehmen und erst nach Vorliegen der Untersuchung die Freigabe des Patienten zur Narkose erteilen? Oder lässt man sich stattdessen von der klinischen Maxime leiten, dass der Anästhesist den Patienten und keine Labor- oder Monitorwerte behandeln soll, und erklärt den Patienten für narkosefähig?

Der weitere Verlauf der Meldung scheint ersteres Vorgehen nahezulegen: Der Patient entwickelt eine thyreotoxische Krise und kann erst nach einer totalen Thyreoidektomie klinisch stabilisiert werden. In Summe resultieren aus dem nicht berücksichtigten Laborwert für den Patienten ein mehrwöchiger Aufenthalt auf der Intensivstation und eine Anschlussheilbehandlung; ein Schicksal, welches jedoch angesichts der nicht unbedeutenden Letalität noch einen günstigen Ausgang des schweren Zwischenfalls darstellt.

Welche fehlerbegünstigenden Bedingungen und aktiven Fehlhandlungen lassen sich nun identifizieren? Zunächst fällt auf, dass in klassischer Weise eine Verkettung von einzelnen Faktoren, die jeder für sich das Ereignis nicht herbeigeführt hätten, zu dem geschilderten Zwischenfall führt:

- Im Rahmen des **chirurgischen Erstkontakts** in der Poliklinik erwähnt der Patient das Vorhaben des Betriebs-

arztes, Schilddrüsenhormone zu bestimmen. Aus der Meldung geht nicht hervor, ob ihm der Grund für die geplante Maßnahme bewusst war. Die Tatsache, dass der Patient kurz darauf im anästhesiologischen Patientenfragebogen seine Schilddrüsenanamnese als leer bezeichnet, lässt jedoch das Gegenteil vermuten. Darüber hinaus erhärtet die Tatsache, dass pathologische Laborwerte nachgeliefert werden, die Vermutung, dass dem Patienten Grund und Umfang der vom Betriebsarzt durchgeführten Maßnahmen nicht bewusst waren. Möglicherweise wird hier aber auch die Meldung falsch verstanden und sowohl die fehlende SD-Laborabnahme als auch der handschriftliche Vermerk durch den aufnehmenden Chirurgen sind darauf zurückzuführen, dass mit einer Zusendung der noch fehlenden Befunde durch den Betriebsarzt gerechnet wurde.

- Das **anästhesiologische Aufklärungsgespräch** ist von der Tatsache geprägt, dass der Patient – selbst auf Nachfrage – eine Erkrankung der Schilddrüse verneint und die Klinik des Patienten keinen Anhalt dafür bietet, diese Aussage kritisch zu hinterfragen. Die Vorgehensweise des Anästhesisten, auf eine weiterführende Labordiagnostik zu verzichten, steht auf den ersten Blick ganz im Einklang mit aktuellen Empfehlungen zum perioperativen Management von Patienten mit Erkrankungen der Schilddrüse: „Bei Patienten mit klinischen Zeichen einer Hypo-/Hyperthyreose sollte präoperativ immer eine Bestimmung der Schilddrüsenwerte vorgenommen werden, während insbesondere bei extrathyreoidalen Eingriffen und fehlender klinischer Symptomatik darauf verzichtet werden kann“ (Wappler et al., S. 222; Hervorhebung durch den Autor). Dieser Hinweis hinterlässt beim Leser jedoch möglicherweise ein Gefühl des Unbehagens, da ja ganz offensichtlich ein pathologischer Befund vorlag und dieser für den Patienten in einer vital bedrohlichen Situation

resultierte. Sollte man daher beim Lesen der Meldung zu der Überzeugung kommen, dass es sich um eine klassische Fehlentscheidung gehandelt hat und der Anästhesist ganz offensichtlich anders hätte handeln müssen, so wird dieses Urteil durch ein Phänomen verzerrt, welches in der Psychologie als „hindsight bias“ bekannt ist: Wenn Menschen um das Resultat einer menschlichen Handlung wissen, so neigen sie stark dazu, vergangene Ereignisse als vorhersehbarer, einfacher und vermeidbarer einzuschätzen, als sie in Wirklichkeit für den Betroffenen waren: Im Rückblick streben für den Leser des Berichts alle Handlungslinien auf das unerwünschte Ereignis zu. Aber diejenigen, die in der Situation selbst waren, haben diese Linien nicht sehen können. Warnzeichen einer bevorstehenden Katastrophe sind nur dann wirklich Warnzeichen, wenn man weiß, dass eine Katastrophe kommt. Aber das ist in den seltensten Momenten der Fall. Weiß man dies nicht, sind diese Zeichen lediglich Informationen wie viele andere auch. In einer im „Lancet“ publizierten Studie ging der Anästhesist Robert Caplan der Frage nach, ob eine Handlung, die einmal zu einem dauerhaften Schaden führt, anders beurteilt wird als die gleiche Handlung, die in einem anderen Fall nur zu einem temporären Schaden führt: 115 Anästhesisten, welche alle Mitte 50 waren, zwischen 20 und 30 Jahre Berufserfahrung besaßen und als Gutachter tätig waren, wurden originale Schadensfälle von Haftpflichtversicherern vorgelegt, in welchen Patienten zu Schaden gekommen waren. Caplan änderte jedoch den Schluss der Fälle so ab, dass entweder ein vorübergehender (Patient war irgendwann wieder ganz gesund) oder ein dauerhafter Schaden blieb. Mit diesem Wissen sollten die Gutachter dann entscheiden, ob das Handeln des Anästhesisten in der Situation nach Facharztstandard, unterhalb des Standards oder nicht beurteilbar war. Das spannende und für unsere Fragestellung relevante Er-

gebnis dieser Studie lag in der Tatsache, dass bei den identischen Fällen alleine die Tatsache, dass das Outcome von temporär zu permanentem Schaden verändert wurde, das identische Handeln des Anästhesisten in 30% der Fälle plötzlich nicht mehr als „lege artis“, sondern als „substandard“ oder „nicht beurteilbar“ gewertet wurde. Mit anderen Worten: Die Schwere des Outcomes beeinflusste beim Gutachter nicht nur die Härte in der Beurteilung, sondern auch die Bereitschaft, ein härteres Urteil abzugeben. Eine Entscheidung wurde somit nur deswegen zur Fehlentscheidung, weil man wusste, welches Outcome der Patient hatte. Ganz offensichtlich fällt es Menschen schwer zu sagen, dass gut und richtig gehandelt wurde, wenn wir gleichzeitig wissen, dass ein Mitmensch zu Schaden kam.

- Der ausstehende Laborbefund wurde im weiteren Verlauf auf der **Station** eingehaftet, ohne dass sich daraus Konsequenzen ergeben hätten. Hier wird die Meldung unklar: Der Melder bemerkt unter „Was war besonders ungünstig?“, dass der Chirurg die Bedeutung der erhöhten SD-Werte unterschätzt hat. Diese Bemerkung setzt jedoch voraus, dass der Befundzettel im Vorfeld des Eingriffs zur Kenntnis genommen wurde; ein Umstand, der vom Leser nicht verifiziert werden kann. Sollte dies der Fall gewesen sein, so wäre der Stationsarzt die einzige Person gewesen, welche von dem pathologischen Befund gewusst hat und somit Konsequenzen hätte ergreifen können.
- Der **narkoseführende Anästhesist** hatte aufgrund des vorliegenden Narkoseprotokolls keinen Anlass, die Patientenakte nach noch ausstehenden Laborwerten zu durchforsten. Dass zum Zeitpunkt des Narkosebeginns pathologische Laborwerte vorhanden waren, aber von keiner Person (?) wahrgenommen worden waren, ist der tragische Moment an dieser unglücklichen Verkettung.

Auch nach längerer Überlegung tut man sich schwer, die Frage nach proaktiven

Konsequenzen dieser CIRS-Meldung einfach zu beantworten: Was könnte verhindern helfen, dass signifikante pathologische Laborwerte vom Behandler übersehen werden? Der Appell zu mehr Sorgfalt und Umsicht greift zu kurz. Am hilfreichsten wäre ein systemischer Lösungsansatz, welcher verhindern hilft, dass pathologische Laborwerte ohne Konsequenzen für den Patienten bleiben. Denkbar wären hier klinische Informationssysteme (KIS), welche vom Anfordernden eine Bestätigung von klar zu definierenden pathologischen Werten erforderlich machen; Warnmeldungen würden erst dann erlöschen, wenn diese von entsprechend autorisierten Personen (z.B. dem Stationsarzt) zur Kenntnis genommen werden. Aber selbst wenn sich ein solcher Ansatz intelligent in eine Software integrieren ließe, so hätte dies im vorliegenden Fall den Zwischenfall nicht verhindern können, da der Befund außerhalb des Systems erhoben worden war.

Aber gerade weil sich keine einfache Antwort findet, fragt der Leser sich (und dann den Juristen) ganz bange, wer denn im Falle eines Prozesses für den entstandenen Schaden geradzustehen hätte. Würde die Rechtsprechung dem oben skizzierten „schicksalhaften Verlauf“ und der Gefahr einer „hindsight bias“ zustimmen können, oder müsste sie in jedem Fall eine Person benennen, die dem Patienten Schadensersatz zu leisten hat? Hat der Anästhesist, welcher aufgrund einer Aktennotiz nachfragt, vom Patienten eine abschlägige Antwort erhält und auf weitere Laboruntersuchungen verzichtet, seiner Sorgfaltspflicht Genüge getan, oder droht ihm eine Verurteilung aufgrund eines apodiktischen „man hätte dennoch“, welches der Jurist aufgrund eines Urteils seines Sachverständigen konstatiert? Lag die Verantwortung in den Händen des Chirurgen, auf dessen Station der Laborbericht einging, oder gar beim narkoseführenden Anästhesisten, der letztlich mit der Einleitung der Narkose begann? Oder wäre vielmehr zu erwarten, dass das Gericht im Sinne eines salomonischen Urteils alle drei beteiligten Ärzte für schuldig befindet?

Die Analyse aus Sicht des Juristen

Die Angaben im Sachverhalt erlauben keine abschließende rechtliche Beurteilung. Fest steht aber, dass es offenbar einen „Laborwertzettel des Betriebsarztes (mit relevantem Wert)“ gab, den der Patient, als er sich in der chirurgischen Ambulanz vorstellte, jedoch nicht dabei hatte. Chirurgischerseits sind offenbar die Schilddrüsenwerte für nicht wichtig erachtet worden, immerhin wurde aber in einer Aktennotiz auf die Problematik hingewiesen. Dass der Patient als Laie in der Prämedikationsambulanz im Anamnesebogen eine Schilddrüsenerkrankung negiert, kann ihm weder zum Vorwurf gemacht werden noch kann es den Anästhesisten entlasten. Hier zeigt sich vielmehr die Problematik, dem Patienten einen Teil der Anamneseerhebung quasi durch Multiple-choice zu überlassen. Immerhin findet der Anästhesist die Aktennotiz und fragt nach. Ersichtlich sieht der Anästhesist jedoch einen Widerspruch in den Angaben des Patienten und den Hinweisen in der Aktennotiz. Ob er sich unter diesen Voraussetzungen damit hätte zufrieden geben dürfen, dass der Patient „klinisch unauffällig“ war, ist eine Frage, die nicht der Jurist, sondern das Fachgebiet zu beantworten hat. Aber auch dann, wenn der von einem sorgfältigen Anästhesisten zu fordernde Sorgfaltsstandard in erster Linie durch die Fachgebiete bestimmt wird, ist zu beachten, dass aus rechtlicher Sicht das Maß der Sorgfalt mitbestimmt wird vom Grad der drohenden Gefahr unter Berücksichtigung der (zeitlichen) Dringlichkeit des Eingriffs. Nach dem Sachverhalt ging es um einen elektiven Eingriff, eine besondere Dringlichkeit des Eingriffs wird nicht mitgeteilt. Die Überlegung, den Operationsbetrieb nicht durcheinander zu bringen, ist von der Rechtsprechung nicht als sorgfaltsmindernd anerkannt worden, ganz im Gegenteil. Der Bundesgerichtshof hat sich im Urteil vom 21.12.2010 (Az. VI ZR 284/09, <http://www.bda.de/urteile/public/>) zur Sorgfalt bei der Befunderhebung eines Anästhesisten wie folgt geäußert: „Aufgrund der ihm gegenüber dem Patienten obliegenden Fürsorgepflicht hat der für die Auswertung eines Befundes im konkreten Fall medizinisch verantwortliche

Arzt all die Auffälligkeiten zur Kenntnis und zum Anlass für die gebotenen Maßnahmen zu nehmen, die aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereiches unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten sowie der Behandlungssituation feststellen muss ...“. Die Verantwortung des Anästhesisten geht weit, denn wie der BGH feststellt, darf der Anästhesist sogar vor für ihn erkennbaren „Zufallsbefunden“ – um die es hier aber nicht geht – nicht die Augen verschließen.

Nach Auffassung des BGH ist das „Wohl des Patienten oberstes Gebot und Richtschnur jeden ärztlichen Handelns ...“, deshalb „verpflichten den Arzt auch Ergebnisse solcher Untersuchungen zur Einhaltung der berufsspezifischen Sorgfalt, die medizinisch nicht verlangt waren, aber trotzdem – beispielsweise aus besonderer Vorsicht – veranlasst wurden. Auf diese Weise gewonnene Erkenntnisse dürfen ... vom Arzt nicht deshalb ignoriert werden, weil keine Verpflichtung zur Durchführung der entsprechenden Untersuchung bestand ...“.

Mögliche Fehler des Chirurgen, falls diesem aus der Sicht seines Fachgebietes ebenfalls Diagnose- und/oder Befunderhebungsfehler vorzuwerfen wären, könnten den Anästhesisten bezüglich möglicher eigener Sorgfaltspflichtverletzungen nicht entlasten.

Nach § 630 h Abs. 5 Satz 2 BGB wird vermutet, dass ein Behandlungsfehler für den Schaden des Patienten ursächlich war, wenn der Behandelnde es unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte und das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.

Der Ausgang eines (zivilrechtlichen) Haftpflichtprozesses würde davon abhängen, ob ein Sachverständiger den Sachverhalt so würdigt, dass weitere Befunde hätten erhoben werden müssen, oder ob er zu dem Ergebnis kommt, aufgrund der bei der Prämedikation vorhandenen Informationen habe der Anästhesist „nur“ eine falsche Diagnose gestellt. Dies hat Folgen für die Beweislast, also das Risiko, einen Prozess auch dann zu verlieren, wenn

sich entscheidungserhebliche Umstände nicht feststellen lassen: Denn bei Diagnosefehlern würde die Rechtsprechung nur bei einem groben Fehler zur Umkehr der Beweislast gelangen. Bei einem Befunderhebungsfehler indes kann jegliches Fehlverhalten zu beweisrechtlichen Nachteilen zu Lasten der Ärzte und des Krankenhaussträgers führen, vorausgesetzt, der Befund, hätte man ihn erhoben, hätte ein reaktionspflichtiges Ergebnis zur Folge gehabt und die Nichtreaktion wäre als grob fehlerhaft zu werten (§ 630 h Abs. 5 Satz 2 BGB) [1]. Die Differenzierung zwischen Diagnose- und Befunderhebungsfehler spielt aber nur eine Rolle für die beweisrechtliche Bewertung. Im Interesse des Patienten und zur Vermeidung von Konsequenzen für die „Behandlerseite“ sollten die Beteiligten in jedem Fall sorgfältig vorgehen und im Zweifel die höhere Sorgfalt walten lassen.

Take-Home-Message

- **Weiterbildung über seltene Konstellationen wichtig, auch bei ASA-I-II-Patienten möglich.**
- **Auch vermeintlich weniger wichtige Informationen gehören auf das Vorbereitungsprotokoll, demzufolge braucht Vorbereitung Zeit.**
- **Eine regelhafte Besetzung der Ambulanz kann dem vorbeugen, dies ist jedoch aus Personalmangel nicht realisierbar.**
- **Im Zweifel bei der Voruntersuchung die höhere Sorgfalt walten lassen.**

Weiterführende Literatur

1. Caplan RA, et al: Effect of outcome on physician judgments of appropriateness of care. JAMA 1991;265(15):1957-60
2. Fischhoff B: Hindsight does not equal foresight: the effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty. J Exp Psychol 1975;1:289-99
3. Wappler et al. (Hrsg.): Anästhesie und Begleiterkrankungen. Perioperatives Management des kranken Patienten. Thieme Verlag, Stuttgart; 2011
4. Zur Problematik des Unterschieds Befunderhebungsfehler/Diagnosefehler siehe BDAktuell JUS-Letter September 2011, Anästh Intensivmed 2011;52:727-730.