

Fall des Monats – September 2011

CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

Der Fall:¹ Operative Komplikation aufgrund von Übermüdung?

Wo ist das Ereignis eingetreten? Krankenhaus/OP **Versorgungsart?** Routine

Patientenzustand: ASA V

Fallbeschreibung:

Der Chirurg hat bis ca. 3.00 Uhr morgens operiert. Am nächsten Morgen kommt er gleich wieder in den OP und nimmt den nächsten großen Eingriff vor. Dies ist der gesamten Anästhesie bekannt. Beim Abgehen von der HLM kommt es zur Komplikation und der Patient muss reanimiert werden. Anschließend wird er wieder an die HLM genommen.

Was war besonders ungünstig?

Der Operateur war übermüdet.

Eigener Ratschlag (Take-Home-Message)?

Kann ein solches Verhalten beispielsweise von der Anästhesie verhindert werden, wenn bekannt ist, dass der Operateur so lange in der vorangegangenen Nacht gearbeitet hat?

Häufigkeit des Ereignisses? Mehrmals pro Jahr

Wer berichtet? Pflegekraft

Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

Es wird von einem augenscheinlich übermüdeten Operateur berichtet, der bereits vom Vorabend an bis 3.00 Uhr morgens operiert hatte und am selben Tag zur regulären Arbeitszeit ohne Einhaltung gesetzlicher Ruhepausen wieder eine elektive Operation durchführt. Hierbei treten Komplikationen auf, die zu einem Anschluss an die HLM führen.

Die Frage lautet nun, ob es u.a. Aufgabe der Kollegen der Anästhesie sein kann, den Operateur an der Durchführung der Operation zu hindern, bzw. zumindest auf diesen Misstand hinzuweisen.

Generell ist zu sagen, dass die Personalstruktur mancher Kliniken geradezu darauf ausgelegt ist derartige Situationen zu provozieren. Leider ist so etwas kein Einzelfall. Allerdings bedarf es hierfür auch immer zwei Seiten, die das Spiel mitspielen. So ist es sehr häufig auch im Interesse des Operateurs, auf diese Art viele Operationen durchführen zu können.

In der Verantwortung des Anästhesisten, bzw. des restlichen OP-Teams, sollte es jedoch schon liegen, solche Missstände zu thematisieren und energischen Widerspruch gegen derartiges Handeln einzulegen.

Ob nun die eingetretene intraoperative Komplikation tatsächlich auf die Übermüdung des Operateurs zurückzuführen ist oder aber diese andere Ursachen hat, ist schwer zu beurteilen und soll hier auch nicht Gegenstand der Analyse sein.

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

Dennoch sollte versucht werden anhand dieser Meldung ein Gespräch mit der Klinikleitung bzw. den entsprechenden Verantwortlichen zu suchen, um mögliche zukünftige Vorfälle dieser Art zu verhindern.

Die Analyse aus Sicht des Juristen

Aus juristischer Sicht sind zu unterscheiden die arbeitsrechtlichen Aspekte - also Aspekte des Arbeitsschutzes, speziell des Arbeitszeitgesetzes, dessen Verletzung als Ordnungswidrigkeit geahndet werden kann – von den haftungsrechtlichen Risiken des Einsatzes übermüdeten Personals.

Verstöße gegen die Ruhezeitregelung des § 5 Arbeitszeitgesetz (ArbZG) können nach § 22 Abs. 1 Nr. 3 ArbZG mit einem Bußgeld bis zu 15.000 € geahndet werden. Die Bußgeldandrohung richtet sich zwar zunächst gegen den Arbeitgeber, doch kann dieser seine Verantwortung nach § 9 Abs. 2 Ordnungswidrigkeitengesetz (OWG) an einer anderen Person, in der Regel den Chefarzt der jeweiligen Fachabteilung, übertragen (Übertragung arbeitgeberähnlicher Rechte und Pflichten, Bestellung einer "verantwortlichen Person"). Von dieser Bußgeldandrohung abgesehen, führen Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz jedoch nicht automatisch zu strafrechtlicher Verantwortung bzw. zu zivilrechtlicher Haftung. Anders ist es dann, wenn ein Zwischenfall, durch den ein Patient geschädigt wurde, maßgeblich auf die Übermüdung – das gleiche gilt für sonstige erhebliche Leistungseinschränkungen – des Personals im Krankenhaus zurückzuführen ist.

So soll die Ruhezeitregelung den jeweiligen Mitarbeiter nicht nur vor arbeitsphysiologischer Überforderung schützen, sondern dient auch dem Schutz des Patienten vor Behandlungszwischenfällen und Schädigungen, die auf einer Übermüdung des Mitarbeiters beruhen. In solchen Fällen kann sich unter dem Aspekt des Übernahmeverschuldens für den "übermüdeten Mitarbeiter" und unter dem Aspekt des Organisationsverschuldens für diejenigen, die für die Diensterteilung zuständig sind (z. B. Krankenhausträger, Chefarzte), die Frage der zivilrechtlichen Haftung und strafrechtlichen Verantwortung stellen.

Deshalb müssen die Beteiligten zum Schutz des Personals im Krankenhaus wie unter dem Aspekt der Patientensicherheit dafür sorgen, dass der Einsatz "übermüdeten Mitarbeiter" verhindert wird. Dazu hat der Bundesgerichtshof (BGH) schon in einem Urteil vom 29.10.1985 (Az. IV ZR 85/1984) Stellung genommen². Der Leitsatz des Urteils lautet:

"Der Krankenhausträger ist zum Schutz des Patienten verpflichtet, durch geeignete Organisationsmaßnahmen sicherzustellen, dass keine durch einen anstrengenden Nachtdienst übermüdeten Ärzte zur Operation eingeteilt werden."

Im konkreten Fall durchtrennte ein Oberarzt während einer Hüft-OP den Nervus femoralis. Es kam zu einer kompletten Lähmung des Beines. Landgericht und Oberlandesgericht verurteilten den Krankenhausträger u. a. zur Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von damals 70.000 DM. Zur Frage des Einsatzes übermüdeten Ärzte führt der BGH aus:

² Weißbauer, W: Einteilung übermüdeten Ärzte zur Operation, Frauenarzt 4/1986, S. 7 ff.

"Im Ausgangspunkt zutreffend führt das Berufungsgericht aus, der Schutz des Patienten erfordere es, dafür Sorge zu tragen, dass keine durch vorangegangenen Nachtdienst übermüdeten Ärzte zum Operationsdienst eingeteilt werden. Der erkennende Senat hat in seinem zur Veröffentlichung in BGHZ vorgesehenen Urteil vom 18. Juni 1985 – VI ZR 234/84 – näher ausgeführt, dass eine personelle ärztliche Unterversorgung, die den erreichbaren medizinischen Standard einer sorgfältigen und optimalen Behandlung des Patienten gefährdet, bei Verwirklichung dieser Gefahr zu einer Haftung des Krankenhausträgers führt. Der Krankenhausträger muß organisatorisch gewährleisten, daß er mit dem vorhandenen ärztlichen Personal seine Aufgaben auch erfüllen kann. Dazu gehört die Sicherstellung eines operativen Eingriffs durch ausreichend erfahrene und geübte Operateure, und selbstverständlich muß auch sichergestellt sein, daß die behandelnden Ärzte körperlich und geistig in der Lage sind, mit der im Einzelfall erforderlichen Konzentration und Sorgfalt zu operieren. Deswegen darf der Krankenhausträger, wie das Berufungsgericht mit Recht ausgeführt hat, keine Organisation des ärztlichen Dienstes dulden, die die Gefahr mit sich bringt, daß durch vorhergehenden anstrengenden Nachtdienst übermüdete und deswegen nicht mehr voll einsatzfähige Ärzte zu einer Operation herangezogen werden. Er muß, um solche Gefahren zu vermeiden, die notwendigen Anweisungen selbst erteilen. Entgegen der Ansicht der Revision kann sich der Krankenhausträger nicht mit Erfolg darauf berufen, es sei allein Sache des die Operation übernehmenden Arztes, darüber zu entscheiden, ob er sich trotz eines vorangegangenen Nachtdienstes dieser Operation gewachsen fühle. Selbstverständlich gehört die pflichtgemäße Selbstprüfung zur Übernahmeverantwortung des betroffenen Arztes; aber dies entläßt den Krankenhausträger nicht aus seiner Mitverantwortung für eine entsprechende Einsatzsicherung. Das ist keine Frage der "ärztlichen Therapiefreiheit", wie die Revision meint, vielmehr hat der Krankenhausträger zum Schutze der Patienten und nicht zuletzt auch zum Schutze des überanstrengten Arztes selbst vor der Fehleinschätzung der eigenen Kräfte diese allgemeine Vorsorge zu treffen. Zwar geht es insoweit um Entscheidungen im ärztlichen Bereich, als Ärzte aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung besser als andere beurteilen können, wann allgemein mit einem im Schutzinteresse des Patienten nicht mehr zu tolerierenden Nachlassen der körperlichen und geistigen Fähigkeit des operierenden Arztes zu rechnen ist. Die Beurteilung solcher Gefahren überfordert den Krankenhausträger aber schon deswegen nicht, weil er seine Organisationspflichten und seine Überwachungspflichten insoweit durch die Chefärzte der Abteilungen seines Krankenhauses ausführen lassen kann, die ihrerseits als Organe des Krankenhausträgers anzusehen sind.

Das Berufungsgericht stellt fest, im Klinikum des beklagten Verbandes hätten Ärzte nicht nur nach einem normalen Bereitschaftsdienst, sondern auch nach einem "anstrengenden Dienst"(in anderem Zusammenhang heißt es "im Anschluß an einen tatsächlich ausgeübten Nachtdienst") einen normalen Operationstag absolvieren müssen. Das läßt, wenn es dazu auch an nachprüfbaren Einzelheiten fehlt und darin auch pauschale Wertungen eingegangen sein mögen, doch immerhin ausreichend deutlich erkennen, daß nach der Übung im Klinikum des beklagten Verbandes gegen die Gefahr einer Überforderung von zu Operationen eingeteilten Ärzten, die zuvor Nachtdienst gehabt hatten, nichts unternommen worden ist, daß vielmehr mindestens im Einzelfall übermüdete Ärzte eingesetzt worden sind."

Die praktischen Konsequenzen nach dem BGH sind eindeutig: Ärzte, die durch anstrengende Dienste übermüdet sind, dürfen im anschließenden Routine-Tagesdienst nicht eingesetzt werden – Notfälle ausgenommen.

Es darf auch nicht allein der Selbsteinschätzung der Mitarbeiter überlassen werden, ob sie sich für einsatzfähig halten oder nicht. Erforderlich sind nach dem BGH-Urteil organisatorische Maßnahmen des Krankenhausträgers, die eine Überprüfung der Leistungsfähigkeit/Selbsteinschätzung des Mitarbeiters gewährleisten. Dies gilt unabhängig von den arbeitszeitrechtlichen Regelungen. Denn auch dann, wenn die Grenzen des Arbeitszeitgesetzes gewahrt sind, können Übermüdung und/oder Erkrankung die Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters beeinträchtigen.

Im Verhältnis zwischen den verschiedenen Fachvertretern gelten die Grundsätze der strikten Arbeitsteilung, der Vertrauensgrundsatz und die Verpflichtung, die gegenseitigen Maßnahmen aufeinander abzustimmen. So ist der Anästhesist zwar nicht verpflichtet, die Leistungen des Operateurs zu überprüfen bzw. zu überwachen. Die Grenze des Vertrauensgrundsatzes ist aber dort erreicht, wo Mängel – auch Übermüdung/Erkrankung – für den anderen Fachvertreter offenkundig sind. Dann ist jeder verpflichtet, nach bestem Vermögen Schaden vom Patienten abzuwenden. Im übertragenen Sinn gilt dies auch für Pflegekräfte. Werden gravierende Einschränkungen der Leistungsfähigkeit erkennbar, dann muss versucht werden, den jeweiligen Fachvertreter abzulösen bzw., wenn möglich, den Eingriff zu verschieben – Notfälle ausgenommen. Lässt sich die Problematik vor Ort unter den Beteiligten nicht lösen, muss der Krankenhausträger/die Geschäftsleitung informiert und aktiv werden.

Take-Home-Message

- 1. Einhaltung der gesetzlichen Ruhezeiten bei elektiven Operationen – Notfälle ausgenommen!**
- 2. Der Krankenhausträger/die Geschäftsleitung muss geeignete organisatorische Maßnahmen ergreifen, die eine Überprüfung der Leistungsfähigkeit/Selbsteinschätzung der Mitarbeiter gewährleisten.**
- 3. Ggf. sind Missstände unter den Beteiligten zu thematisieren (z.B. Ablösung durch den jeweiligen Fachvertreter, Verschieben des elektiven Eingriffes).**
- 4. Lässt sich das Problem im Team nicht lösen, muss der Krankenhausträger/die Geschäftsleitung informiert werden und aktiv werden.**

Autoren:

Prof. Dr. med. W. Heinrichs, AQAI GmbH, Mainz
Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg
Dr. iur. E. Biermann, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg
Ass. iur. E. Weis, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg
Dipl.-Sozialw. T. Dichtjar, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg
Dr. med. P. Frank, Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen