

## Fall des Monats – Februar 2014

### CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

**Der Fall:**<sup>1</sup> Notfallversorgung eines Patienten verzögert sich um eine Stunde, weil sich der Operateur im Gespräch mit seinem Chefarzt befindet

**Zuständiges Fachgebiet:** Anästhesiologie

**Wo ist das Ereignis eingetreten?** Krankenhaus – OP

**Tag des berichteten Ereignisses:** Wochentag      **Versorgungsart?** Notfall

**ASA-Klassifizierung:** ASAIII

**Patientenzustand:** Patient sediert und intubiert aus der Notaufnahme.

**Wichtige Begleitumstände:** Als dringlicher Notfall durch die NCH angemeldet.

#### **Fallbeschreibung:**

Der Patient wird als dringlicher Notfall mit ICB angemeldet. Es erfolgt die sofortige Übernahme in den OP, wo der Patient ohne Zeitverzögerung durch die Anästhesie versorgt wird. Nach Freigabe durch die Anästhesie ergibt sich eine Wartezeit auf den Neurochirurgen von einer Stunde. Auch mehrfaches Anrufen durch das OP-Personal und die Anästhesie bringen keinen Erfolg. Nachdem der Chirurg im OP erschien, begründete er sein Nichterscheinen damit, dass er zum Rapport bei dem Chefarzt der NCH zugegen sein musste.

#### **Was war besonders gut?**

Die schnelle Übernahme und Versorgung des Patienten durch die Anästhesie im OP.

#### **Was war besonders ungünstig?**

Das Nichterscheinen des Chirurgen und damit die Gefährdung eines schwer erkrankten Patienten, mit Inkaufnahme von vorprogrammierten Folgeschäden.

#### **Eigener Ratschlag (Take-Home-Message)?**

In Notfallsituationen muss auch ein Gespräch mit dem Chefarzt hinten angestellt werden.

**Häufigkeit des Ereignisses?** mehrmals pro Jahr      **Wer berichtet?** Ärztin/Arzt

**Berufserfahrung:** über 5 Jahre

#### **Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten**

In der vorliegenden Meldung wird eine um 60 Minuten verzögerte Notfallversorgung eines Patienten mit intrakranieller Blutung geschildert, die durch die Abwesenheit des Operateurs bedingt wird. Laut Aussage des Melders konnte die Notfallversorgung nicht sichergestellt werden, weil organisatorische Belange (hier: Gespräch mit dem Vorgesetzten) Priorität vor der Patientenversorgung erhielten. Der betreuende Anästhesist vertritt die Interessen des Patienten indem er mehrfach ein rasches Erscheinen des Operateurs einfordert, jedoch ohne Erfolg. Um nachweisen zu können, dass man sich für den Patienten eingesetzt hat, ist es dringend zu empfehlen, Zeitpunkt und Inhalt der Telefonate auf dem Narkoseprotokoll schriftlich zu fixieren.

Liest man die Schilderung, so empfindet man Empörung über die vermeintliche Fahrlässigkeit und Unverantwortlichkeit neurochirurgischen Handelns angesichts einer intrakraniellen Blutung. Dieses unbewusst ablaufende Urteil über die geschilderte Situation aus der Ferne ist insofern schwierig, als mit der Schilderung des Melders nur "die halbe Geschichte" erzählt wird, und zu einer sinnvollen Beurteilung der Gründe die Darstellung des involvierten Operateurs notwendig

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

wäre. Denn immer dann, wenn Motive und Absichten eine maßgebliche Rolle spielen ("Was hat sich der Neurochirurg gedacht, als er den Patienten im OP warten lässt? Für wen hält sich der Chefarzt eigentlich, dass ihm seine eigenen Anliegen wichtiger sind als die Notfallversorgung der ihm anvertrauten Patienten?"), steht der Beobachter in der Gefahr, die Unmöglichkeit der Introspektion in die betreffende Person durch Annahmen oder durch eigene Vorerfahrungen aus vergleichbaren Situationen zu ersetzen. Dies jedoch ist nicht hilfreich.

Da sich auch der Melder in der gleichen Situation befindet, nicht in die Gedanken des Operators hineinschauen zu können, wäre der erste Schritt, das direkte Gespräch zu suchen. Dies muss nicht notwendigerweise durch den Melder selbst erfolgen, sondern sollte idealerweise durch die für die OP-Planung verantwortliche Person geschehen oder durch die Person des anästhesiologischen Chefarztes erfolgen. Wenngleich die klinische Erfahrung lehrt, dass bei einer ICB jede Minute zur Versorgung zählt und man Mühe hat, rechtfertigende Umstände für das Handeln zu finden, so könnte sich doch herausstellen, dass der CT-Befund in der Einschätzung eines Neurochirurgen durchaus etwas Spielraum zur Versorgung gelassen hat (-wie oft stellt sich heraus, dass ein als "Notfall" angekündigter Patient gar kein wirklicher Notfall ist-), dass der Chefarzt nicht über den zeitgleich zu versorgenden Patienten informiert gewesen war etc. Diese Sichtweisen sind rein spekulativ, sollen aber verdeutlichen, dass durchaus immer die Möglichkeit besteht, dass die eigene Einschätzung nicht auf dem Boden vollständiger Information erfolgen konnte.

Nachdenklich macht in diesem Kontext jedoch die Anmerkung des Melders, dass ein derartiges Ereignis "mehrmals pro Jahr" auftritt. Zuerst aus ethischen, dann aber auch aus medikolegalen und ökonomischen Aspekten heraus sollte es selbstverständlich sein, dass der zur Operation aufliegende Patient für alle Beteiligten an erster Stelle kommt. Dies umso mehr, wenn Gefahr für Gesundheit und Leben bestehen.

### **Die Analyse aus Sicht des Juristen**

Sorgfaltspflichtgerechte „Heilbehandlung“ erfordert eine zugrunde liegende Indikation. Infolge dessen entspricht es nicht der einzuhaltenden Sorgfalt, wenn (beispielsweise) eine Narkose unnötig früh eingeleitet oder unnötig lange aufrechterhalten wird. Entsprechende Fallkonstellationen bildeten schon den Gegenstand staatsanwaltschaftlicher Ermittlungsverfahren (ein Operateur soll bekanntermaßen „routinemäßig“ verspätet zu Eingriffsdurchführungen erschienen sein; ein Operateur unterbrach eine laufende Eingriffsdurchführung für 75 Minuten, um andernorts im Klinikum ein Gespräch zu führen, woraus seine Verurteilung wegen Körperverletzung resultierte). Dabei kann regelmäßig auch nicht unterstellt werden, ein Patient sei mit solcher Behandlungsführung einverstanden bzw. habe in diese „eingewilligt“. Mithin ist solche Eingriffsdurchführung rechtswidrig und kann wegen – eventuell sogar vorsätzlicher – Körperverletzung strafbar sein.

Allerdings wird man dem Anästhesisten, im oben dargestellten Fall, da ihm der OP-Beginn als dringlich gemeldet war und er – dies sei unterstellt – nicht wusste und auch nicht davon ausgehen musste, dass der Operateur sich um eine Stunde verspäten werde, keinen Vorwurf machen können.

War der Eingriff zeitlich so dringend, dass das Zuwarten Gesundheit oder gar Leben des Patienten gefährdet hat, dann haben die Beteiligten "Glück gehabt". Offenbar hat der späte Beginn des Eingriffs nicht zu einem Schaden geführt, der über die Zeitphase unnötiger Narkose hinaus ging. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass bereits die unnötige Narkosezeit einen rechtswidrigen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten darstellt, obwohl er dahingehend „kein Empfinden“ hat.

Der Operateur wäre allerdings entlastet, wenn er sich in einer Art Pflichtenkollision befunden hätte, in der er sich mehreren gleichwertigen Pflichten ausgesetzt sah und nicht allen Pflichten nachkommen konnte. Dies wäre etwa der Fall bei mehreren, gleichzeitig zu versorgenden Notfällen, in denen nicht auf andere Weise Abhilfe geschaffen werden kann. Dann müssen die Betref-

fenden vor Ort entscheiden, welcher Pflicht sie nachkommen. Um eine solche Pflichtenkollision im rechtlichen Sinn ging es hier aber wohl nicht. Die Pflicht, dem Chefarzt berichten zu müssen, ist auf den ersten Blick keine Verpflichtung, die der Versorgung des dringlich zu operierenden Patienten gleich- oder gar höherwertig gegenüber stünde. Eine den Operateur entlastende Pflichtenkollision könnte nur dann angenommen werden, wenn sich der Operateur gleichartigen Handlungspflichten gegenüber sah und nur einer Pflicht nachkommen konnte.

### Take-Home-Message

- **Ärztliche Heilbehandlung erfordert „per definitionem“ eine Indikation; ihre Anwendung bedarf (grundsätzlich) der rechtfertigenden Einwilligung des Patienten.**
- **Gerade auch notfallmäßige Patientenbehandlung bedarf adäquater Organisation, um den intendierten Behandlungserfolg sicherzustellen.**
- **Änderungen im Programm zur Notfallbehandlung bedürfen der Kommunikation zwischen allen Beteiligten, um modifizierte Planungen zu ermöglichen.**
- **Bei allem Agieren bilden „Schutz und Sicherheit des Patienten“ die oberste Maxime.**

#### **Autoren:**

Dr. med. M. St.Pierre, Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen  
Dr. iur. E. Biermann, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Rechtsanwalt R.-W. Bock, Kanzlei Ulsenheimer – Friederich, Berlin  
Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Dipl.-Sozialw. T. Rhaïem, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg