

Fall des Monats – Januar 2017

CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

Der Fall:¹ **Narkoseeinleitung ohne gültige Aufklärung trotz stattgefundenem Team-Time-Out**

Zuständiges Fachgebiet: Anästhesiologie

Wo ist das Ereignis eingetreten? Krankenhaus – OP

Tag des berichteten Ereignisses: Wochentag

Versorgungsart? Routinebetrieb

ASA-Klassifizierung: ASA I

Patientenzustand:

- Elektivoperation
- Der Patient ist jung und gesund, aber noch nicht alt genug, um selbst in die Narkose einzuwilligen.
- Er ist seit dem Vorabend im Haus.

Wichtige Begleitumstände:

- Der Patient ist sehr aufgeregt.

Was ist passiert?

Nach zügiger Narkoseeinleitung fiel auf, dass der Aufklärungsbogen der Anästhesie nicht ausgefüllt und weder von ärztlichen Kollegen noch von den Eltern unterschrieben war.

Was war besonders ungünstig?

- Auf dem Team-Time-Out-Bogen waren alle Papiere als positiv vorhanden und von allen "Kontrollpunkten" eingetragen worden.
- Der Patient schlüpft durch alle "Sicherheitskontrollen" (4 an der Zahl) und wird ohne Narkoseeinwilligung operiert.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?

- Verkettung von Fehler und Unachtsamkeiten.

Häufigkeit des Ereignisses? erstmalig **Wer berichtet?** Arzt/Ärztin, Psychotherapeut/in

Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

In der vorliegenden Meldung wird von einer Narkoseeinleitung einer Elektivoperation berichtet, die ohne schriftlich fixierte Einwilligung erfolgt. Das Fehlen der schriftlichen Einverständniserklärung (und damit wohl auch das Fehlen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs) wird trotz etabliertem Team-Time-Out nicht erkannt.

Diese Meldung ist insofern beachtlich, als sie eindrücklich auf die Grenzen der WHO-Checkliste und die Notwendigkeit einer organisationalen Einbindung aufmerksam macht: Wird diese Checkliste offiziell eingeführt aber nicht von den Mitarbeitern gelebt, kann dies zu einem zu sorglosen und "vertrauensseligen" Umgang damit führen. Anstatt die Funktionen der von der WHO empfohlenen Sicherheits-*Checkliste* auszunützen und an den wesentlichen Schnittstellen sicherheitsrelevante Informationen regelhaft und zeitgerecht zu erheben, werden stattdessen lediglich Häkchen gesetzt und der Patient samt Liste weitergereicht.

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

Problematisch erscheint die Beobachtung des Melders, dass das Fehlen der Einwilligungserklärung nicht nur an einer sondern an allen vier Schnittstellen nicht detektiert wurde. Dies kann als starkes Indiz dafür gewertet werden, dass sowohl in der operativen Abteilung als auch in der Anästhesiologie die Bedeutung der Checkliste als essentielles „safety tool“ nicht bewusst ist. Eine Konsequenz der Meldung könnte somit darin bestehen zu überlegen, ob die Einführung möglicherweise ohne die notwendige Begleitinformation für die Mitarbeiter erfolgt ist und die fehlende Compliance dadurch erklärt werden könnte. Breit angelegte Bemühungen, den erwiesenen Stellenwert dieser einfachen Sicherheitskontrolle erneut zu vermitteln, könnte eine der resultierenden Konsequenzen sein.

Die Analyse aus Sicht des Juristen

§ 630d BGB verlangt, dass vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper, die Einwilligung des Patienten einzuholen ist. Ist der Patient nicht einwilligungsfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, es sei denn, es handelt sich um eine unaufschiebbare Maßnahme (mutmaßliche Einwilligung). Nach § 630d Abs. 2 BGB setzt die Wirksamkeit der Einwilligung voraus, dass der Patient oder der anstelle des einwilligungsunfähigen Patienten zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung aufgeklärt worden ist.

Nach § 630e Abs. 1 BGB ist der Behandelnde verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären, d.h. insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie über eventuelle Alternativen. Nach § 630e Abs. 5 BGB sind auch dem einwilligungsunfähigen Patienten alle wesentlichen Umstände seinem Verständnis entsprechend zu erläutern, soweit der Patient in der Lage ist, diese Erläuterung aufzunehmen und soweit dies seinem Wohl nicht zuwider läuft.

Einwilligung und Aufklärung sind mündlich wirksam, es bedarf zur Wirksamkeit der Einwilligung und Aufklärung also nicht der schriftlichen Fixierung und der Unterschrift der Beteiligten, allerdings ist der Behandelnde nach § 630f Abs. 2 BGB verpflichtet, im Rahmen der Dokumentation auch Einwilligungen und Aufklärungen aufzuzeichnen.

Ob die Eltern des nach der Sachverhaltsschilderung einwilligungsunfähigen Patienten aufgeklärt wurden und explizit ihre Einwilligung in die geplanten Maßnahmen erteilt haben, lässt sich dem Sachverhalt nicht entnehmen. Es mag sein, dass Aufklärung und Einholung der Einwilligung erfolgten, aber nicht dokumentiert wurden. Das Fehlen der Dokumentation lässt zunächst aber Zweifel aufkommen, ob die Behandelnden ihren Verpflichtungen im Hinblick auf die Einholung der Einwilligung nach Aufklärung nachgekommen sind.

Sollte eine wirksame Einwilligung nach Aufklärung fehlen, dann ist auch der gelungene Eingriff im rechtlichen Sinn eine Körperverletzung. Denn es reicht zur Rechtfertigung eines ärztlichen Eingriffs nicht aus, dass die Maßnahme indiziert, lege artis und erfolgreich durchgeführt wurde. Hinzukommen muss die wirksame Einwilligung des Patienten nach rechtzeitiger und adäquater Aufklärung, es sei denn, der Patient hätte auf Aufklärung ausdrücklich verzichtet oder es liegt eine mutmaßliche Einwilligung vor.

Verantwortlich dafür, dass der Patient respektive die an seiner Stelle zur Einwilligung Berechtigten nach Aufklärung eingewilligt haben, ist der Arzt, der den Eingriff durchführt. Wird die Aufklärung innerhalb der Fachabteilung an andere Ärzte delegiert, dann darf der die Maßnahme durchführende Arzt nur dann darauf vertrauen, dass sein aufklärender Kollege seinen Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt nachgekommen ist, wenn es in der Fachabteilung entsprechende Organisationsakte (Dienstanweisung/SOP, die kontrolliert wird) gibt und er sich durch einen Blick in die Krankenakte vom Vorhandensein einer vom Patienten und dem Arzt unterzeichneten Einverständniserklärung vergewissert hat, dass eine Aufklärung stattgefunden hat.

Zu den Organisationspflichten insbesondere bei der Risikoaufklärung innerhalb der Fachabteilung hat der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 07.11.2006 Az.: VI ZR 206/05 Stellung genommen. Dieses Urteil ist auf der Homepage des BDA für BDA-Mitglieder [1] abrufbar, siehe hierzu auch BDAktuell JUS-Letter Dezember 2007 "Risikoaufklärung: BGH verschärft Organisationspflichten" [2].

Take-Home-Message

- **Die Wirksamkeit einer perioperativen Checkliste (z.B. WHO-Checkliste) ist an eine organisationale Einbindung und Akzeptanz von Seiten der Mitarbeiter gebunden. Im ungünstigsten Fall werden die Kästchen in den Checklisten lediglich abgehakt und Patienten ohne die resultierende Kontrolle „weitergereicht“.**
- **Das Fehlen einer dokumentierten Aufklärung lässt Zweifel aufkommen, ob die Behandelnden ihren Verpflichtungen im Hinblick auf die Einholung der Einwilligung nach Aufklärung nachgekommen sind.**
- **Sollte eine wirksame Einwilligung nach Aufklärung fehlen, dann ist auch der gelungene Eingriff im rechtlichen Sinn eine Körperverletzung.**
- **Verantwortlich dafür, dass der Patient respektive die an seiner Stelle zur Einwilligung Berechtigten nach Aufklärung eingewilligt haben, ist der Arzt, der den Eingriff durchführt.**

Weiterführende Literatur

- [1] <http://www.bda.de/service-recht/rechtsfragen/urteilssammlung-public.html>
- [2] <http://www.bda.de/service-recht/rechtsfragen/jusletter/archiv-jahrgaenge.html>

Autoren:

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

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

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

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