

Fall des Monats – Juli 2017

CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

Der Fall:¹ Erfolgreiches Vorgehen zur Augen-OP bei Patienten mit Kunstherz

Zuständiges Fachgebiet: Anästhesiologie

Wo ist das Ereignis eingetreten? Praxis – Einleitung

Tag des berichteten Ereignisses: Wochentag

Versorgungsart? Routinebetrieb

ASA-Klassifizierung: ASA IV

Patientenzustand:

Geriatrischer Patient mit Katarakt, Multimorbidität, führend terminale Herzinsuffizienz, Z.n. Kunstherz-Implantation

Fallbeschreibung:

Geplante ambulante Kunstlinsen-Implantation bei Katarakt (Zweites Auge). Die gleiche Vor-OP des ersten Auges erfolgte vor drei Monaten stationär in einer Universitätsklinik. Der Patient berichtete, dass der Krankenhausaufenthalt dort aufgrund seines Kunstherzens drei Wochen dauerte. Er hatte das als einen zu großen Eingriff in seine restliche (vermutlich kurze) Lebenszeit empfunden und bat den Anästhesisten inständig um eine ambulante Behandlung (wie er das bei den Mitpatienten miterlebt hatte).

Der Anästhesist klärte ihn über das deutlich erhöhte Risiko auf und handelte entsprechend seinem Wunsch:

Die Kurznarkose/Analgesiedierung erfolgte mit 1 mg Midazolam, 15 µg Remifentanyl und 30 mg Propofol zur Tolerierung der Peribulbäranästhesie mit 6 ml Scandicain 1% (= 60 mg) + 60 I.E. Hyaluronidase. Nach Narkoseeinleitung ließ sich der Peribulbärblock ohne jegliche Gegenwehr injizieren, die Spontanatmung war nicht wesentlich eingeschränkt (lediglich Es-march-Handgriff für 2 Minuten und 4 l O₂/min über Gesichtsmaske). SpO₂ minimal 97%, spontanes Erwachen nach 4 Minuten, komplikationslose OP (Schnitt-Naht-Zeit: 12 Minuten) ohne unangenehme Empfindungen durch den Patienten.

Der Patient war über dieses Vorgehen sehr dankbar.

Eigener Ratschlag (take-home-message):

Zum Glück trat keine Komplikation auf.

Häufigkeit des Ereignisses? nur dieses Mal **Wer berichtet?** Ärztin/Arzt

Berufserfahrung: über 5 Jahre

Fachkommentar des CIRS-AINS Teams BDA/DGAI

Hier gibt es zwei Sichtweisen zu berücksichtigen: Der Wille des Patienten, den Eingriff ambulant durchzuführen ist sehr gut nachvollziehbar. Der Anästhesist gibt diesem Wunsch nach und betreut den Patienten in einer Praxis. Auf Grund der Vorerkrankungen erfüllte der Patient nicht die Voraussetzungen für einen ambulanten Eingriff. Der Anästhesist verstieß gegen die entsprechenden Empfehlungen der Fachgesellschaften. Wahrscheinlich würde auch die Haftpflichtversicherung nicht mehr von grober Fahrlässigkeit sondern von Vorsatz sprechen. Der Versicherungsschutz wäre dann hinfällig. Zusätzlich erfolgte der Eingriff in einer Praxis, so dass auch eine kurzfristige

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

Entscheidungsänderung mit folgender stationärer Aufnahme – z.B. aus medizinischen Gründen – zumindest nicht so einfach gewesen wäre. Ich persönlich hätte eine ambulante Anästhesie abgelehnt. Man kann natürlich sagen, dass der Erfolg Recht gibt. Zu beachten ist aber, dass die Patientensicherheit stets vorgehen sollte. Dies wurde hier vernachlässigt. Von einem Nachahmen ist abzuraten.

CIRS-AINS Leser-Kommentar

Also, ich kann beide Seiten (Melder und Kommentar) und auch den Patienten verstehen. Diese Meldung finde ich auch dankenswert mutig, denn es ist dem (offensichtlich sehr erfahrenen) Anästhesisten sicher von vornherein klar gewesen, dass alles klappen muss und er hier ohne Netz und Rückversicherung arbeitet. Wahrscheinlich sollte ich nicht so denken, aber das Vorgehen (beim Eingriff selber und auch die vorliegende Meldung) imponiert mir! So kann patientenzentriertes Arbeiten aussehen. Gelegentlich habe ich (Uniklinik – Anästhesie) ähnliche Aufgaben zu bewältigen (und riskiere es, mich ähnlich harscher Kritik auszusetzen). Man muss eben sehr genau wissen, was man kann, was man tut und wie man den Patienten in der Balance hält. Insofern ist Ihr Rat (Keine Nachahmung!) richtig, aber nur insofern.

Ich hätte mich wahrscheinlich gerne bei einer Augenklinik betreffs evtl. stationärer Aufnahmekapazität rückversichert. M.E. besteht das Hauptrisiko doch in einer Nachblutung retrobulbär. Man erfährt leider nicht, warum der Patient beim ersten Eingriff drei Wochen in der Klinik liegen musste. Die Blutungsgefahr unter der obligaten Antikoagulation ist das Problem des Operateurs. An unserer Augenklinik wurden auch Menschen unter Voll- Marcumarisierung operiert, sodass ich nachvollziehen kann, dass der Augenarzt den Patienten zum Eingriff akzeptiert hat. Sicher muss die Aufklärung entsprechend laufen.

Seitens der Anästhesie hätte ich mich (im Falle eines nur-LVAD, also keines kompletten Kunstherzens bzw. BIVAD) etwas vor einer bradykarden Reaktion bei der Retrobulären gefürchtet, weil dann ja der rechte Ventrikel ggf. zu wenig fördern kann und mich entsprechend vorbereitet. Wenn aber der Patient an einem Kunstherz bzw. LVAD stabil (gleichbleibender Volumenstatus und Rhythmus) läuft, dann läuft es eben und ist nicht das Hauptproblem, solange die Akkus voll sind. Dieser Eingriff greift ja nicht in die Hämodynamik ein- man hat praktisch den Kreislauf auf Autopilot.

Zuletzt haben wir Anlass, darüber nachzudenken, wieviel Lebenszeit von Menschen mit eng bemessener Rest-Zeit tatsächlich vom Kliniks- und Bürokratieapparat verschlungen wird; mit Warten, Organisieren, evtl. Absetzen und Verschieben, nochmal Kontrollieren. Manchmal wird der Fokus auf die falschen Dinge gerichtet. Diese Erfahrung hat dieser Patient sicher auch machen müssen.

Eine kleine Einheit ermöglicht es, fokussiert auf das Wesentliche, unter den Beteiligten (Patient – Operateur – Anästhesist) die individuell beste Lösung auszuhandeln- und das kann ich nur gut finden. Man schaut, was möglich ist und hält sich nicht dabei auf, zu sehen, was alles nicht gehen könnte. Diese Lösung, die man gefunden hat, auch umzusetzen, selbst wenn man dabei wissend die Prioritäten nicht ganz in der üblichen Weise sortiert- für mich ist das ein Zeichen von Courage.

Also: Hut ab, Gratulation und Danke. Danke aber auch für den unmissverständlichen und uneingeschränkt richtigen Kommentar des CIRS- Teams.

Kommentar des Vertreters der niedergelassenen Anästhesisten Jörg Karst

Der Fachkommentar des CIRS-AINS Teams BDA/DGAI ist aus medikolegaler Sicht richtig und so ist, ohne wenn und aber, von dem beschriebenen Vorgehen abzuraten.

Es ist mir aber wichtig, den Fokus auf ein anderes Thema zu legen. Der Kommentar beruht nämlich im Wesentlichen auf der Prämisse zweier Sichtweisen, nämlich dem Willen des Patienten versus der Patientensicherheit. Möglicherweise ist dies allerdings nicht der eigentliche Konflikt.

Zu berücksichtigen ist, dass der meldende Kollege diesen CIRS- Fall nicht etwa eingestellt hat, damit er Schule macht und in Zukunft Hochrisikopatienten reihenweise ambulant operiert werden. Er hat ihn eingestellt, um einen Konflikt zu schildern, der daraus entsteht, dass einerseits die fachlich und auch medikolegal geprägten Empfehlungen der Fachgesellschaften zu berücksichtigen sind, er als Anästhesist aber die Frage stellt, ob er unter Umständen im Einzelfall in der Lage sein muss, im Sinne der Prozesshoheit eine Entscheidung gegen diese zu treffen.

Bedeutet „Choosing wisely“ in diesem Zusammenhang evtl. auch, sich der Verantwortung als Arzt bewusst zu sein und diese auch zu übernehmen?

Bei der Indikationsstellung zu einer ambulanten Anästhesie spielt der Patientenwille sicher eine Rolle, wird aber und sollte auch die Entscheidung des Anästhesisten nicht prägen. Neben der Abwägung zwischen Risiko und Patientensicherheit findet nach ausführlicher Anamnese und Untersuchung des Patienten ein ausführliches Aufklärungsgespräch statt, in dessen Rahmen der Patient auf die Konsequenzen einer ambulanten Versorgung deutlich hingewiesen wird. Wenn schon immer die Inhalte eines solchen Aufklärungsgesprächs gut dokumentiert werden mussten, ist im Falle eines höheren Risikos diese Dokumentation umso wichtiger. Dabei spielen neben der Qualifikation des Anästhesisten auch die Strukturqualität des Operationsortes und die (organisatorische) Anbindung an ein Krankenhaus eine Rolle, in das der Patient im Falle von Komplikationen verlegt werden kann. Ist der Anästhesist aufgrund seiner Ausbildung, seiner Erfahrung und mit dem Hintergrund hoher Strukturqualität in der Lage, ernste Komplikationen im Sinne der Patientensicherheit zu behandeln, muss er gemeinsam mit seinem Patienten die Entscheidung für einen ambulanten Eingriff tragen können. Voraussetzung ist allerdings, dass der Patient sprachlich und intellektuell in der Lage ist, die Konsequenzen dieser Behandlung zu erfassen. Es bleibt die Frage, wer als Anästhesist all die Risiken der ambulanten Operation und Narkose so schildern kann, dass diese Abwägung dem Patienten eine objektive Entscheidung ermöglicht.

Fachgesellschaften und Berufsverbänden bleibt im Rahmen von Beratung in der Regel ausschließlich die fachlich-medikolegale Sichtweise auf einen Fall, die im Wesentlichen die Empfehlungen prägen. Kein Gutachter wird sich im Einzelfall aufgrund einer Aktenlage über das Verantwortungsbewusstsein eines Kollegen ein objektives Bild machen können. Schon deshalb wird man dem Kollegen nicht empfehlen können, dieses risikoreiche Verhalten zu wiederholen.

Insofern habe ich Respekt vor dem Verhalten unseres Fachkollegen, der im Wissen um diese Empfehlungen eine reiflich überlegte Entscheidung getroffen und durch Veröffentlichung seines Konflikts diese Diskussion ermöglicht hat, auch wenn ich selbst in diesem Falle vollkommen anders entschieden hätte.

Die Analyse aus Sicht des Juristen

1. In der Rechtsprechung ist anerkannt, dass wegen der Eigengesetzlichkeit und weitgehenden Undurchschaubarkeit des lebenden Organismus ein Fehlschlag oder Zwischenfall anlässlich der Durchführung von Behandlungsmaßnahmen nicht allgemein ein Fehlverhalten oder Verschulden des Arztes indizieren. Vielmehr bildet die Grundvoraussetzung sowohl zivilrechtlicher Haftung als auch strafrechtlicher Verantwortlichkeit eines Arztes die konkrete Feststellung einer Verletzung der objektiven Sorgfaltspflicht. Darunter versteht man einen Verstoß gegen denjenigen Behandlungsstandard, den – aus Ex-ante-Sicht – ein besonnener und gewissenhafter Arzt (Anästhesist) dem Patienten in der konkret zu beurteilenden Behandlungssituation geboten hätte. Ist demgemäß eine Sorgfaltspflichtverletzung festzustellen und resultierte daraus kausal eine körperliche Beeinträchtigung bzw. der Tod des Patienten, steht zivilrechtliche Haftung und/oder strafrechtliche Verantwortlichkeit des behandelnden Arztes in Rede.

Umgekehrt kann aus der Gegebenheit, dass eine Behandlung „erfolgreich“ bzw. ohne Schädigung des Patienten erfolgte, nicht geschlossen werden, dass diese Behandlung tatsächlich (medizinisch) lege artis bzw. (rechtlich) sorgfaltspflichtgemäß stattgefunden hat. Genau dieser Aspekt bildet einen theoretischen Ansatz zur Begründung der Etablierung eines Risikomanagements, womit auch ohne Auftreten eines unerwünschten Ereignisses bzw. eines Behandlungszwischenfalls bzw. einer Schädigung des Patienten gerade versteckte Risiken identifiziert und eliminiert werden können.

2. Auf der Grundlage der vorangehenden Ausführungen stellt sich vorliegend zentral die Frage, ob (schon) der Operateur und (schließlich) der Anästhesist diesen Patienten in Ansehung seiner (Sozial-)Anamnese und seines körperlichen Befundbildes überhaupt zu einer ambulanten Eingriffsdurchführung hätten zulassen (in gewisser Weise: eine dahingehende „Indikation“ hätten stellen) dürfen oder (bei in gewisser Weise gegebener „Kontraindikation“) nicht. Immerhin konnte der Patient aufgrund der ophthalmologischen Voroperation zumindest auf einem Auge wieder sehen, bedurfte es zur Durchführung der Voroperation „aufgrund“ seines Kunstherzens einer dreiwöchigen stationären postoperativen Behandlung und hätte (allerdings wohl andernorts) eine – ebenfalls dem Wunsch des Patienten gerade entsprechend – ambulante Eingriffsdurchführung mit der Möglichkeit zum nötigenfalls unmittelbaren „stationären Umstieg“ geplant werden können.

Ausweislich des o. a. Fachkommentars entsprach es offensichtlich nicht dem einzuhaltenden medizinischen Standard und damit der Sorgfaltspflicht, den Patienten zur ambulanten Eingriffsdurchführung zuzulassen. Dabei „repräsentiert“ dieser Standard „den jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat“ (BGH, Urteil vom 15. April 2014, Az.: VI ZR 382/12). Keinen Parameter zur Bestimmung einzuhaltenen Standards bildet die „Courage“ von Behandlungsakteuren. Vielmehr muss nach der Rechtsprechung des BGH „oberste Maxime“ stets „Schutz und Sicherheit des Patienten“ sein.

3. Unbeschadet des Aspekts, dass im vorliegenden Fall auf der Grundlage des o. a. Fachkommentars sowie der vorangehenden Ausführungen die operative und anästhesiologische Behandlung des Patienten jedenfalls hätte abgelehnt werden dürfen, stellt sich die Frage, ob die stattgehabte ambulante Eingriffsdurchführung – trotz entsprechenden „Wunschs“ des Patienten – überhaupt zulässig war.
 - a) Bekanntermaßen erfüllt jeder ärztlicher Eingriff, auch bei gegebener Indikation und einer Durchführung lege artis, den Tatbestand der Körperverletzung, der sich im Ansatz als „rechtswidrig“ darstellt. Zur Vermeidung der Rechtswidrigkeit und weiter gehend der Strafbarkeit des Eingriffs bedarf es eines Rechtfertigungsgrundes, der – auf der Grundlage adäquater Aufklärung – regelmäßig in der Einwilligung des Patienten in die Eingriffsdurchführung gegeben ist. Allerdings ist eine solche Einwilligung nur wirksam, wenn der Patient die für seine Entscheidung bedeutsamen Umstände kennt, mithin weiß, „in was“ er einwilligt. Diesem Erfordernis muss eine adäquate Aufklärung Rechnung tragen (zu Einwilligung und Aufklärung vgl. zivilrechtlich §§ 630d f. BGB). Im vorliegenden Fall impliziert der bloße „Wunsch“ des Patienten nicht per se die Einwilligung zur Eingriffsdurchführung unter ambulanter Modalität.
 - b) Wurde der Patient im vorliegenden Fall aufgeklärt, bei ihm komme eine rein ambulante Eingriffsdurchführung (also nicht mit mindestens der konkret vorgesehenen Möglichkeit zum stationären Umstieg) nicht in Betracht, stellt sein gleichwohl geäußerter Wunsch ebenfalls keine wirksame Einwilligung dar. Insoweit bildet eine Vorfrage, ob der Patient überhaupt einwilligungsfähig, d. h. in erforderlicher Weise einsichtsfähig, ist (zu diesem Aspekt

vgl. BGH NJW 1978, 1206). Gegebenenfalls wäre seine Einwilligung in die ambulante Eingriffsdurchführung unwirksam, da sich diese – laut o. a. Fachkommentar – als „standardwidrig“ darstellte.

- Zwar ist beispielsweise die Zulässigkeit der Durchführung einer sogenannten „Wunschsectio“ anerkannt, jedoch ermangelt es bei dieser lediglich der Indikation zur Eingriffsdurchführung als solcher (weshalb es sich per definitionem nicht um einen „Heileingriff“ handelt; gleiches gilt z. B. für die Blutspende, eine Organentnahme vom Lebenden, Eingriffe zur Sterilisation und kosmetische bzw. ästhetische Operationen; vgl. BGH a.a.O.). Dabei hat die Sectioentbindung allerdings gerade „standardgemäß“ (und zwar unter Erfüllung besonderer Voraussetzungen, was die Einwilligung und Aufklärung der Schwangeren sowie die adäquate Einhaltung medizinischer Kriterien im Zusammenhang mit der Eingriffsdurchführung anbelangt) zu erfolgen (vgl. „Fall des Monats“, Anästh. Intensivmed. 2013; 54: 218 ff.).

Ist ein Behandlungsgagieren gemäß Patientenwunsch als „standardwidrig“ bzw. einzuhaltenen Standard „unterschreitend“ zu erachten – wie vorliegend –, ist die Behandlung unzulässig. In diesem Fall kann sich der Arzt „nicht darauf berufen“, dass dieses Behandlungsgagieren vom Patienten „ausdrücklich verlangt worden sei“. „Auch bei Unterstellung eines solchen Verlangens ändert das nichts daran, dass das verlangte Vorgehen gegen den medizinischen Standard verstieß und deshalb hätte abgelehnt werden müssen“. Auch eine umfängliche Aufklärung bzw. „eindringliche Belehrung“ des Patienten führt nicht dazu, dass „ein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen legitimiert“ wird (OLG Hamm, MedR 2017, 310 ff.).

- Soweit § 630a Abs. 2 BGB regelt, dass die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen hat, „soweit nicht etwas anderes vereinbart ist“, darf daraus „nicht das Missverständnis hergeleitet werden, die Parteien könnten gänzlich frei eine Abweichung vom gebotenen Standard im Sinne jedweder Absenkung des Haftungsmaßstabs oder gar Haftungsfreizeichnungen vereinbaren“ (Spickhoff BGB, § 630 a, Rdnr. 41 in: Spickhoff, Medizinrecht, München, 2. Auflage 2014).

Autoren:

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

Prof. Dr. M. Hübler, Klinik für Anesthesiologie, Universitätsklinik Carl Gustav Carus, Dresden

J. Karst, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Referat Ambulante und Vertragsärztliche Anästhesie, Berlin

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

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