

## Fall des Monats – März 2018

### CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

**Der Fall:<sup>1</sup> Patient entfernt sich postoperativ eigenmächtig aus dem Patientenentlassungsbereich**

**Zuständiges Fachgebiet:** Anästhesiologie

**Wo ist das Ereignis eingetreten?** Praxis – anderer Ort: Patientenentlassungsbereich

**Tag des berichteten Ereignisses:** Wochentag

**Versorgungsart?** Routinebetrieb

**ASA-Klassifizierung:** ASA I

#### **Fallbeschreibung:**

Ein junger gesunder Patient stellt sich zur Prämedikation vor OP zu seiner geplanten ambulanten OP (Dauer ca. 1,5 Stunden geplant) in domo vor. ASA-1-Patient, nüchtern. Über die Frage der Betreuungsperson/Abholer wurden eine Telefonnummer und ein Name genannt. Keine Besonderheiten im Vorfeld. Der gesamte perioperative Verlauf gestaltete sich absolut komplikationslos. Die Allgemeinanästhesie erfolgte mittels TCI (Remifentanyl und Propofol) präoperativ 1,5 mg Midazolam i.v. zur Anxiolyse. Postoperativ außer 600 mg Ibuprofen p.o. keine weiteren Analgetika. Nach 60 Minuten im Aufwachraum konnte der Patient in den Patientenentlassungsbereich, wo auch die Begleitpersonen hinzugerufen werden, verlegt werden. In diesem Bereich sind immer mindestens 2 Pflegekräfte vor Ort. Bei Eintreffen des Patienten eben in diesen Bereich bat er eine der Pflegekräfte darum, "kurz" eine Zigarette rauchen zu gehen. Dies wurde von uns verneint, da der Patient aufgrund seiner Nicht-Geschäftsfähigkeit nicht alleine die Klinik verlassen sollte. Der Patient nutzte dann eine Gelegenheit, in der die Pflegekräfte (im gleichen Raum!) bei anderen Patienten standen, und rannte mit seiner Tasche aus der Klinik direkt in den offenen Aufzug. Unsere betreuenden Pflegekräfte versuchten ihn noch davon abzuhalten, waren aber nicht schnell genug. Wir veranlassten direkt ein Team, das den Patienten in der näheren Umgebung suchen sollte - vergeblich.

Wohin und wie der Patient verschwunden ist, entzieht sich unserer weiteren Kenntnis. Da wir unserer Fürsorgepflicht konsequent nachgehen wollten, haben wir Kontakt mit der örtlichen Polizeidienststelle aufgenommen, und den Fall geschildert. Leider haben wir keine Rückmeldung über den weiteren Verlauf bekommen.

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

- Fürsorgepflicht erfüllt
- Unsicherheit über Vorgehen: Info Polizei?
- Für die Zukunft: Wie Patienten vom Gehen abhalten? Juristische Einschätzung?

#### **Was war besonders ungünstig?**

Patient entfernt sich eigenmächtig aus Einrichtung - nach Allgemeinanästhesie nicht geschäftsfähig.

**Häufigkeit des Ereignisses?** nur dieses Mal

**Wer berichtet?** Arzt / Ärztin

**Berufserfahrung:** über 5 Jahre

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

## Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

Die hier geschilderte Situation ist – bis auf das tatsächliche Verschwinden des Patienten – wahrscheinlich jedem Anästhesisten, der ambulante Patienten betreut, geläufig. Insbesondere jüngere (männliche) Patienten mit wenigen oder keinen Vorerkrankungen haben oft wenig Verständnis für unsere Kompromisslosigkeit bzgl. Abholen, Begleitperson und kontinuierliche Überwachung. 3 Motivationen sind denkbar, die zum Verschwinden des Patienten geführt haben:

- Der Patient war noch so sehr unter der Wirkung von sedierenden Medikamenten, dass er nicht zurechnungsfähig war, und er verließ das Krankenhaus „im Rausch“. Sein Verschwinden war eine spontane Reaktion auf die verweigerte Zigarette. Er ärgerte sich und beging eine Kurzschlusshandlung. Es ist genau dieses Verhalten, weshalb die Betreuung nach sedierenden Maßnahmen gefordert wird.
- Der Patient spürte, dass die Anästhesiewirkung bei ihm vollständig abgeklungen war und beschloss, sich an die im Vorfeld getroffene Vereinbarung nicht mehr zu halten. Moderne Anästhetika wirken sehr kurz. Mit Bedacht eingesetzt können die Einschränkungen in der Tat nach wenigen Stunden nur noch gering oder gar verschwunden sein. Interindividuell gibt es allerdings große Unterschiede, weshalb aus Gründen der Sicherheit auch in einem solchen Fall keine Ausnahme gemacht werden kann.
- Der Patient hatte sein Verschwinden geplant. Die gewünschte/geforderte Zigarette war nur ein Vorwand, um das Gebäude verlassen zu können. Vielleicht hatte er bei der Aufklärung zwar bestätigt, dass er abgeholt und betreut werden würde, konnte dies aber nicht organisieren und „befürchtete“ im Krankenhaus bleiben zu müssen. Bei einem solch vorsätzlichen Verhalten wird auch eine vorherige Aufklärung und schriftliche Bestätigung keinen Effekt haben.

Jedem Anästhesisten, der ambulante Patienten betreut, sind die geforderten Rahmenbedingungen geläufig. Unsere Kompromisslosigkeit wiederum ist das Ergebnis der Rechtsprechung und der Forderungen unserer Fachgesellschaft [1]. Als Außenstehender lässt sich kein Fehler seitens der Anästhesie bzw. der postoperativen Betreuung feststellen. Dem Patienten war im Vorfeld das Prozedere erklärt worden und er hatte seine schriftliche Einwilligung gegeben. Er war nach der Operation die gesamte Zeit unter Aufsicht und nutzte eine kurze Bindung der im Raum Anwesenden bei einem anderen Patienten zur Flucht. Es handelte sich um ein irrationales Verhalten, welches so nicht antizipiert werden konnte. Die Frage, die sich aufdrängt, ist aber: Muss man mit einem solchem irrationalen Verhalten rechnen und auch dafür entsprechende Vorkehrungen treffen?

In der bereits zitierten Vereinbarung [1] steht in dem Abschnitt „Soziale Aspekte“ auch folgender Absatz:

„Die Person, die die Versorgung des Patienten gewährleistet, muss in der Lage sein, die ärztlichen bzw. organisatorischen Instruktionen zu verstehen sowie physisch und mental fähig sein, notwendige Entscheidungen zum Wohle des Patienten zu treffen.“

Hand aufs Herz: Wer überprüft immer, ob die abholende Person diese Voraussetzungen erfüllt? Wie ist es mit der Verantwortlichkeit des Anästhesisten, wenn die abholende Person nur eine Placebo-Funktion ausübt, den Patienten lediglich nach Hause (oder zu seinem Auto) bringt und sich dann verabschiedet? Muss man überprüfen, ob die betreuende Nachbarin tatsächlich die Nacht in der anderen Wohnung verbringt, um ihrer Verantwortung nach zu kommen?

Diese Fragen gehen zwar etwas über die Falldarstellung hinaus, die Antworten sind aber für jeden Arzt, der ambulante Sedierungen und Anästhesien durchführt, von großer Bedeutung.

Betrachtet man den Fall unter dem Aspekt, wie sich eine Wiederholung verhindern lassen könnte, so drängen sich bauliche Veränderungen auf. Denkbar ist z.B. das Anbringen eines Schließmechanismus, welches erst nach Eingabe eines Türcodes geöffnet werden kann. Dabei muss es natürlich einen Notknopf für tatsächliche Notfälle wie z.B. Feuerevakuierung geben.

Eine andere Möglichkeit wäre, dem Patienten bei der Aufnahme vor der Operation alle Wertsachen gegen eine Quittung abzunehmen und diese erst bei Abholung wieder auszuhändigen. Ein solches Vorgehen könnte zumindest die Hemmschwelle für ein vorsätzliches Fehlverhalten erhöhen.

Zuletzt noch eine weitere Anmerkung: Ausschließlich ambulant tätige Chirurgen kennen die Bedeutung der weiteren Betreuung ihrer Patienten und informieren diese bei der chirurgischen Aufklärung und OP-Planung entsprechend. Anders ist dies oft bei Chirurgen, die nur gelegentlich ambulante Operationen durchführen. Manchmal sind diese mit dem Prozedere nicht so vertraut oder vergessen es zu erwähnen. Nicht selten sind die Patienten dann überrascht, wenn sie vom Anästhesisten am OP-Tag zur Nachbetreuung befragt werden. Schließlich ist es nicht unüblich, dass die Prämedikation auch erst dann stattfindet. Daher ist es wichtig, mit dem Chirurgen abzusprechen, dass die Patienten die notwendigen Informationen möglichst früh erhalten.

### Die Analyse aus Sicht des Juristen

1. Der vorgestellte Fall kann als solcher juristisch nicht umfänglich bzw. abschließend bewertet werden, da einige Sachverhaltsumstände und Fragen dazu offen bleiben. Dies ergibt sich auch bereits aus der vorangehenden Analyse aus Sicht des Anästhesisten, in welcher „denkbare“ Sachverhaltskonstellationen angesprochen werden. Neben den drei explizit ausgeführten Möglichkeiten könnte gerade auf der Grundlage der Falldarstellung konkret eine weitere Sachverhaltskonstellation in Rede stehen, welche lediglich anmerkende Erwähnung im Zusammenhang mit der chirurgischen bzw. operativen Organisation ambulanter Eingriffstätigkeit findet (letzter Absatz der Analyse aus Sicht des Anästhesisten): Vorliegend verhielt es sich doch offensichtlich so, dass die anästhesiologische Involvierung in das Behandlungsgeschehen tatsächlich erst mit der Vorstellung des Patienten „zur Prämedikation vor OP“ erfolgte. Mithin war der Patient eventuell tatsächlich überrascht, erstmals zu hören, postoperativ von einer Begleitperson abgeholt werden zu müssen. Eventuell plante er demgemäß eine „postoperative Flucht“, um die anstehende Eingriffsdurchführung, auf welche er sich eingestellt hatte, nicht zu gefährden.
2. Zur Fallkonstellation ist grundsätzlich auch Folgendes anzumerken:
  - Es geht nicht um postoperative (Nicht-) „Zurechnungsfähigkeit“ bzw. (Nicht-) „Geschäftsfähigkeit“ von Patienten, sondern um deren Einsichtsfähigkeit, welche infolge der vorgängigen (operativen und/oder - insbesondere - anästhesiologischen) Behandlung postoperativ noch eingeschränkt ist. Dies schließt beispielsweise auch das Risiko einer anterograden Amnesie (Gedächtnisstörung für die Zeit nach entsprechender Medikation) ein [2]. Insofern kommt es insbesondere auch darauf an einzuschätzen, wie lange ein Patient postoperativ in seiner Einsichtsfähigkeit noch eingeschränkt ist und infolgedessen sein Verhalten nicht umfänglich selbstbestimmt „steuern“ kann.
  - Letzteres betrifft dann auch die erforderliche Beurteilung, ob ein Patient denn nun noch „unter der Wirkung von sedierenden Medikamenten“ steht bzw. „die Anästhesiewirkung bei ihm (tatsächlich) vollständig abgeklungen“ ist. In diesem Zusammenhang ist auf die Kriterien zur einerseits adäquaten „Überwachung“ und andererseits adäquaten „Entlassung“ von Patienten nach Maßgabe der Empfehlung zur „Überwachung nach Anästhesieverfahren“ [3] und der „Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulanter Anästhesie“ zwischen BDA, DGAI und BDC [1] hinzuweisen.

- Kann der Patient demgemäß aus der medizinischen Einrichtung entlassen werden, bedarf es zum Vollzug gleichwohl der Erfüllung „weiterer Kriterien“, wozu die o.a. „Empfehlung“ auf die o.a. „Vereinbarung“ verweist. Dies betrifft - erforderlichenfalls - z.B. die organisierte Abholung samt Transport des Patienten sowie seine sachgerechte weitere Versorgung. Dabei folgt aus der Natur der Sache, dass dahingehende Vorkehrungen - auch durch den Patienten selbst - bereits präoperativ zu veranlassen sind, was im Ausgangspunkt eine adäquate „Patientenauswahl“ zur ambulanten Eingriffsdurchführung auch unter „sozialen Aspekten“ erfordert [1].

Über sämtliches ist der Patient aufzuklären, damit er ihm obliegende Organisationserfordernisse erfüllen und Verhaltensmaßgaben einhalten kann. Letzteres betrifft beispielsweise den Aspekt, dass ein Patient trotz Möglichkeit zur Entlassung aus der medizinischen Einrichtung noch längere Zeit (u.a.) Kfz-fahruntauglich ist.

Anmerkung: Insofern kann ein (tatsächlich) einsichtsfähiger Patient (was im o.a. Fall zum Urteil des BGH vom 8. April 2003 wegen anterograder Amnesie gerade nicht gegeben war) nicht von „unvernünftigem“ Verhalten abgehalten werden. Dabei kann jedoch Unvernünftigkeit gerade aus mangelnder Einsichtsfähigkeit resultieren.

### 3. Vor dem Hintergrund der vorangehenden Ausführungen bleibt in der Falldarstellung offen, ob

- schon seitens des operativen Fachs sozialanamnestisch präoperativ erhoben wurde, dass nach Entlassung des Patienten aus der Klinik seine eventuell erforderliche Versorgung tatsächlich möglich war; beginnend mit der Abholung durch eine Begleitperson,
- dem Patienten tatsächlich rechtzeitig präoperativ aufklärend erläutert wurde, dass seine postoperative Versorgung in Eigenregie zu gewährleisten ist,
- dem Patienten klar war, welche Risiken für ihn aus der vorgängigen Behandlung in der unmittelbaren Postoperativphase bis zur Entlassung aus der Klinik und auch noch darüber hinaus resultierten,
- der Patient tatsächlich bereits „entlassungsfähig“ war, da bzw. obgleich er sich bereits im „Patientenentlassungsbereich“ aufhalten durfte. Das festzustellen hätte der Durchführung einer operativen und anästhesiologischen Entlassungsuntersuchung unterliegen müssen (laut Falldarstellung hätte der Patient unter Abholung durch eine Begleitperson die Klinik doch sofortig verlassen dürfen).

### 4. Möglicherweise wäre die unverständliche „Flucht“ des Patienten in der Zeitphase des Behandlungsendes in der Klinik vermieden worden, wenn die Maßgaben, Empfehlungen und Vereinbarungen zu Kriterien Ambulanten Operierens auf der Grundlage eines zwischen den beteiligten Fachgebieten abgestimmten Organisationsstatus von Anfang an adäquat „abgearbeitet“ worden wären. Beispielsweise wird in der o.a. Vereinbarung [1] auch davon ausgegangen, dass Patienten schriftliche Aufklärungsunterlagen zu perioperativen Erfordernissen bzw. zum perioperativen Eigenverhalten „bereits im Rahmen der präoperativen Anästhesiesprechstunde“, d.h.: vor dem Tag der Eingriffsdurchführung, ausgehändigt und mit ihnen erörtert werden.

Unbeschadet dessen ist vorliegend konkret zu problematisieren, was es im Zusammenhang mit der postoperativen Überwachung und Entlassung von Patienten nach ambulanter Eingriffsdurchführung zu beachten gilt:

- Insbesondere angesichts von Risiken aus der Fortdauer anästhesiologischer (einschließlich lediglich sedierender) Medikationen (z.B. mit der Möglichkeit einer anterograden Amne-

sie; siehe oben) „gewinnt auch für die Pflicht zur Patientensicherung bzw. Patientenüberwachung der für den Inhalt von Verkehrssicherungspflichten geltende Grundsatz in erhöhtem Maß an Bedeutung, dass derjenige, der Gefahrenquellen schafft oder verstärkt, auch die notwendigen Vorkehrungen zum Schutz des Gefährdeten, hier des Patienten, treffen muss“ (BGH, a.a.O.; m.w.Nachw.).

Dergestalt resultiert insbesondere die Verpflichtung zur adäquaten postoperativen Überwachung bzw. Kontrolle von Patienten bis zur positiv festgestellten Entlassungsfähigkeit und nachfolgend organisierten Entlassung.

- Dabei besteht die Verpflichtung, „den Patienten so zu überwachen, dass er das Krankenhaus (bzw. eine sonstige Behandlungseinrichtung) nicht unbemerkt verlassen“ kann (BGH, a.a.O.). Insofern hat der BGH (a.a.O.) konstatiert, der Patient sei schließlich „in einem Raum unterzubringen, in dem er unter ständiger Überwachung (steht) und ggf. daran erinnert werden (kann), dass er das Krankenhaus nicht eigenmächtig verlassen (darf)“. Insofern komme „ein Vorzimmer oder ein besonderes Wartezimmer“ in Betracht, wobei sich die Organisation im Einzelnen nach den Möglichkeiten vor Ort richten darf (vgl. insoweit auch die o. a. „Empfehlung“).
- Die erforderliche Dauer der postoperativen Kontrollpflicht erstreckt sich grundsätzlich bis zu dem Zeitpunkt, dass eine medikationsbedingte Bewusstseinsbeeinträchtigung und Einschränkung der Einsichtsfähigkeit ausgeschlossen ist und mithin der Patient wiederum selbst in die Lage versetzt ist, „abgewogene und eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen“ (BGH a.a.O.).
- Verlässt ein (noch) nicht einsichtsfähiger Patient die medizinische Einrichtung ohne die ärztliche Bestätigung seiner Entlassungsfähigkeit, sind im Einzelfall gebotene und mögliche Maßnahmen zu seiner Wiederauffindung zu ergreifen. Will ein einsichtsfähiger Patient die Einrichtung ohne gesicherte Nachsorge verlassen, ist er über daraus resultierende Risiken aktuell (nochmals) eingehend aufzuklären und sind ihm (nötigenfalls) Möglichkeiten gesicherter Nachsorge anzubieten (z.B. längeres Verweilen in der Klinik bzw. stationäre Aufnahme). Insofern bedarf es dann auch einer umfangreichen Dokumentation samt eventueller Erklärung des Patienten, die Einrichtung auf eigenen Wunsch zu verlassen. Nochmals: Letzteres setzt zur Wirksamkeit Einsichtsfähigkeit des Patienten voraus!

### Take-Home-Message

- **Nach Anästhesien oder Sedierungen können sich Patienten irrational verhalten und gegen die im Vorfeld unterschriebenen Voraussetzungen für einen ambulanten Eingriff verstoßen.**
- **Ambulantes Operieren bzw. ambulante Eingriffsdurchführung erfordert ein fachgebietsübergreifendes Organisationskonzept, beginnend mit der Erwägung zur Möglichkeit ambulanter Behandlung und endend mit der kontrollierend gesicherten Entlassung des Patienten.**
- **Das Organisationskonzept muss auch die initial sowie im weiteren Verlauf adäquate Aufklärung des Patienten implizieren, damit er seine Selbstorganisation bzw. sein Eigenverhalten von Anfang an auf entsprechende Erfordernisse einstellen kann.**
- **Soweit es dem Zugriff einer medizinischen Einrichtung unterliegen kann, bedarf es der effektiven Kontrolle, dass sich der Patient nach Maßgabe der Erfordernisse verhält.**

### Weiterführende Literatur

- [1] <https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/533-vereinbarung-zur-qualitaets-sicherung-ambulante-anaesthesie/file.html>
- [2] vgl. dazu die Fallkonstellation BGH, Urteil vom 8. April 2003 - VI ZR 265/02 -; NJW 2003, 2309
- [3] <https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/567-empfehlung-zur-ueberwachung-nach-anaesthesieverfahren/file.html>

### Autoren:

Prof. Dr. med. M. Hübler, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinik Carl Gustav Carus, Dresden  
Rechtsanwalt R.-W. Bock, Ulsenheimer - Friederich Rechtsanwälte, Berlin  
Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Dipl.-Sozialw. T. Rhaiem, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg