

## Fall des Monats – September 2014

### CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

**Der Fall:<sup>1</sup> Ein Anästhesist muss an einem Arbeitstag alleine 40 Patienten prämedizieren**

**Zuständiges Fachgebiet:** Anästhesiologie

**Wo ist das Ereignis eingetreten?** Krankenhaus – PM-Ambulanz

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

**Wichtige Begleitumstände:**

In einer Abteilung mit ca. 12.000 Eingriffen im Jahr ist grundsätzlich nur ein Anästhesist ohne Sekretärin für alle Prämedikationen zuständig. Außerdem wird er noch mit Zusatzaufgaben wie der Schmerzvisite, der Mittagsauslöse und dem Schockraum belastet.

**Fallbeschreibung:**

Aufgrund ständiger personeller Überlastung sind medizinische und juristische Anforderungen an die Prämedikation nicht einzuhalten. An dem konkreten Tag wurden durch den prämedizierenden Anästhesisten ca. 40 Patienten in 6 Stunden prämediziert. Dies stellt jedoch keine Ausnahme dar. Unter diesem Druck ist eine korrekte Prämedikation mit körperlicher Untersuchung, Durchsicht der Unterlagen, ggf. Anforderung von Zusatzuntersuchungen und juristisch einwandfreier Aufklärung des Patienten nicht möglich.

**Was war besonders gut?**

- ab ca. 15:00 Uhr half ein zweiter Anästhesist

**Was war besonders ungünstig?**

- Auch Privatpatienten, die eigentlich von Ober- oder Chefärzten prämediziert werden sollten, mussten vom Assistenzarzt prämediziert werden.

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

- Bessere personelle Ausstattung, mindestens eine Vollzeit-Sekretärin und ein zweiter Anästhesist, der in der Stoss- und Mittagszeit entlastet.

**Häufigkeit des Ereignisses?** fast täglich      **Wer berichtet?** Ärztin/Arzt

**Berufserfahrung:** über 5 Jahre

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

Die Qualität und Sicherheit anästhesiologischer Maßnahmen steht und fällt mit der Sorgfalt, mit welcher der Gesundheitszustand und die körperliche Belastbarkeit des Patienten evaluiert und eventuelle Maßnahmen zur präoperativen Zustandsverbesserung in die Wege geleitet werden. So heißt es diesbezüglich in der „Entschießung zur anästhesiologischen Voruntersuchung“ von BDA und DGAI [1]:

*(Dem Anästhesisten obliegen) die Beurteilung der Anästhesiefähigkeit und der Notwendigkeit einer anästhesiologischen Vorbehandlung, die Wahl des Betäubungsverfahrens und der anzuwendenden Anästhetika sowie die Entscheidung über spezielle Vorsichtsmaßnahmen. Dies setzt voraus, dass er präoperativ die Belastbarkeit des Patienten sorgfältig prüft, um festzustellen, ob spezifische Risiken gegeben sind.*

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

*2. Art und Umfang der dazu erforderlichen Untersuchungen bestimmen sich nach den Erfordernissen des Einzelfalles, insbesondere also in Abhängigkeit von Alter und Allgemeinzustand des Patienten, Art und Schwere des Eingriffs sowie Art und Dauer des Anästhesieverfahrens.*

*Unverzichtbar sind, abgesehen von Notfällen, die einen sofortigen Beginn des Betäubungsverfahrens erfordern,*

- eine gründliche Anamnese, für deren Inhalt und Umfang der Fragenkatalog des vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten empfohlenen Aufklärungs- und Anamnesebogens gute Anhaltspunkte gibt,*
- eine körperliche Voruntersuchung,*
- eine Auswertung vom Patienten mitgebrachter oder im Krankenhaus erhobener Vorbefunde.*

Sorgfalt und Gründlichkeit sind somit zwei unverzichtbare Charakteristika jeder anästhesiologischen Prämedikation. Dem Melder ist darin uneingeschränkt Recht zu geben, dass unter den geschilderten Rahmenbedingungen dieser Standard nicht einzuhalten ist: Geht man bei dem vom Melder geschilderten Ereignis von einem normalen Arbeitstag (8,5h) aus, so verbleiben bei 40 Patienten gerade einmal etwas mehr als 10 Minuten für Aktenstudium, Patientengespräch, Risikoaufklärung, evtl. Initiierung weiterer Diagnostik und für die sorgfältige Dokumentation. Unter ungünstigen Umständen (der Anästhesist wird zur Schmerzvisite gerufen oder beteiligt sich an der Polytraumaversorgung im Schockraum etc.) steht noch weniger Zeit zur Verfügung. Die Wahrscheinlichkeit, dass unter diesen Rahmenbedingungen wesentliche Befunde übersehen werden, welche sich im weiteren Verlauf nachteilig für die Sicherheit des Patienten auswirken, ist somit hoch. Auch der vom Patienten zu Recht gestellten Erwartung einer persönlichen, situationsadaptierten Risikoaufklärung wird man mit diesem knappen Zeitrahmen keinesfalls gerecht.

Aufgrund der unter „Wie häufig tritt ein Ereignis dieser Art ein“ gemachten Angabe von „fast täglich“ und des in der Fallbeschreibung erwähnten Umstands, dass die geschilderte Situation keinen Einzelfall darstellt, muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei der angemahnten Problematik nicht um ein Defizit einzelner Personen (i.S.v. „geringer Effizienz beim Prämedizieren“) sondern um ein Organisationsproblem mit inadäquater Personalausstattung handelt, für welches der Arbeitgeber verantwortlich ist.

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

Patientensicherheit geht, so die Rechtsprechung, allen anderen Erwägungen vor. Vor diesem Hintergrund stellt die Rechtsprechung zu Recht hohe Anforderungen an die Voruntersuchung, da hier wesentliche Weichen für die weitere Therapie gestellt werden. Während die Rechtsprechung eher nachsichtig ist, wenn aus erhobenen Befunden falsche Schlüsse gezogen werden, „bestraft“ sie das Nichterheben medizinisch gebotener Befunde erheblich härter.

Auch die Aufklärung des Patienten ist für das weitere Vorgehen von ausschlaggebender Bedeutung, ist doch eine auf unzureichender Aufklärung beruhende Einwilligung des Patienten in die Maßnahme unwirksam und der ärztliche Eingriff, auch der vital indizierte, damit unter Umständen rechtswidrig.

Das „Patientenrechtegesetz“ verlangt in § 630e Abs. 1 BGB, „den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umständen aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen

indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“

Weiter verlangt das Gesetz eine so rechtzeitige Aufklärung, dass der Patient seine Entscheidung wohlüberlegt treffen kann. Die Aufklärung muss für den Patienten auch verständlich sein (§ 630e Abs. 2 Satz 1 BGB). Zudem sind dem Patienten „Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.“ Muss der Anästhesist aber alle Aufklärungsinhalte abarbeiten und dies in einer so empathischen Weise tun, dass die Inhalte für den Patienten nicht nur verständlich sind, sondern dass dieser seine Entscheidung auch „wohlüberlegt treffen kann“, so ist offensichtlich, dass der Anästhesist dafür Zeit benötigt – von dem zusätzlichen Zeitaufwand zur Erfüllung der zusätzlichen Formalitäten ganz abgesehen.

Ökonomische Erwägungen und Versuche, Prozesse zu optimieren, dürfen nicht zu einer Leistungsverdichtung führen, die den einzelnen Arbeitnehmer daran hindert, die dem Arbeitgeber versprochene und dem Patienten geschuldete Leistung unter Beachtung der Standards des jeweiligen Fachgebietes zu erbringen. In einem Strafverfahren gegen eine Assistenzärztin wegen fahrlässiger Tötung hat das Amtsgericht Köln (Urteil vom 16.05.2012 Az.: 613 Ls 3/12) dem Krankenhausträger ein erhebliches Organisationsverschulden zur Last gelegt, weil die Ärztin nach einer 63 Stunden Woche mit anschließendem mehr als 12-stündigen ununterbrochenen Notdienst in der Hektik eine Blutkonserve verwechselte und ein Patient zu Tode kam. Das Amtsgericht Köln bemängelt insbesondere, dass die Ärztin „durch die Struktur ihres Dienstes in eine Situation gebracht (wurde) in der sie ... kaum noch in der Lage war, ihre Verantwortlichkeit angemessen wahrzunehmen.“ Die angeklagte Ärztin wurde zwar einer fahrlässigen Tötung schuldig gesprochen, von einer Bestrafung wurde aber aufgrund der Besonderheiten des Sachverhaltes abgesehen (§ 60 StGB). In aller Deutlichkeit prangert das Amtsgericht Köln die organisatorischen Missstände an, so dass das Urteil durchaus als Warnung im Hinblick auf die Geschäftsführung im Krankenhaus angesehen werden kann. Es gehört zu den Organisationsaufgaben des Krankenhauses, die erforderliche Infrastruktur in räumlich-apparativer wie personeller Hinsicht zu schaffen. Führt eine Mangelverwaltung zu einem Behandlungsfehler und einem Schaden des Patienten, kann dies eine strafrechtliche Verantwortlichkeit auch der „patientenfernen Entscheider“ begründen, soweit diese um die Probleme wussten.

Wie das Arbeitsgericht Wilhelmshaven [2] geurteilt hat, ist der Krankenhausträger verpflichtet, die Anästhesieabteilung personell adäquat auszustatten, so dass mit dem vorhandenen Personal die dem Patienten bei Aufnahme in das Krankenhaus versprochene Versorgung, die „ausreichend und zweckmäßig“ zu sein, „dem allgemein anerkannten Stand“ der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen hat und „in der fachlich gebotenen Qualität“ erbracht werden kann (siehe § 70 Abs. 1 SGB V). Dass die Leistungen, wie das Gesetz fordert, auch wirtschaftlich erbracht werden müssen, darf und kann nach der Rechtsprechung, die im Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlichen Erwägungen und Sorgfaltspflichten den Sorgfaltspflichten Vorrang einräumt, nicht standard-einschränkend verstanden werden. Jüngst hat das Landesarbeitsgericht Baden-Württemberg (Urteil vom 11.10.2013, Az.: 12 Sa 15/13) entschieden, dass es zu den arbeitsvertraglichen Pflichten des Krankenhausträgers gehört, die zur Erfüllung der Dienstaufgaben eines Chefarztes notwendige Personalausstattung zu gewährleisten und sah den betroffenen Chefarzt, weil der Krankenhausträger seine Verpflichtungen nicht erfüllte, als berechtigt an, das Arbeitsverhältnis außerordentlich (fristlos) zu kündigen. Unter dem Aspekt der Sicherstellung der Patientenversorgung kann aber nicht die Kündigung das Mittel der Wahl sein, sondern die adäquate Personalausstattung der jeweiligen Abteilungen – und zu dieser ist der Krankenhausträger unter allen rechtlichen Aspekten verpflichtet.

### Take-Home-Message

- **Unverzichtbare Bestandteile einer anästhesiologischen Aufklärung sind eine gründliche Anamnese, eine körperliche Voruntersuchung, die Auswertung erhobener Vorbefunde, eine dem Patienten und Eingriff angemessene Risikoaufklärung und eine sorgfältige Dokumentation.**
- **Die Rechtsprechung stellt hohe Anforderungen an die Voruntersuchung, da hier wesentliche Weichen gestellt werden.**
- **Die Aufklärung des Patienten ist für das weitere Vorgehen von ausschlaggebender Bedeutung, ist doch eine auf unzureichende Aufklärung beruhende Einwilligung des Patienten in die Maßnahme unwirksam und der ärztliche Eingriff, auch der vital indizierte, damit unter Umständen rechtswidrig.**
- **Der Krankenhausträger ist verpflichtet, die (Anästhesie-) Abteilungen personell adäquat auszustatten, damit diese auch eine ausreichende Aufklärung gewährleisten können.**

#### Weiterführende Literatur

- [1] Entschließung zur anästhesiologischen Voruntersuchung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (1982) *Anästh. Intensivmed.* 23; 446
- [2] BDAktuell JUS-Letter März 2005, *Anästh. Intensivmed.* 2005;46:101-104;  
[www.bda.de/service-recht/rechtsfragen/jusletter/archiv-jahrgaenge.html](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