Anaesthesist 2012 · 61:156-162 DOI 10.1007/s00101-011-1971-3 Online publiziert: 23. Februar 2012 © Springer-Verlag 2012

Redaktion

K. Ulsenheimer, München

Ökonomische Zwänge einerseits und technischer Fortschritt andererseits führen zu einer wachsenden Zahl an ambulanten Operationen. Gleichzeitig treten aber auch häufiger Problemfälle auf, und damit steigen die juristischen Risiken für den Anästhesisten.

Hintergrund

"Ambulant vor stationär" lautet die Devise der Gesundheitspolitik seit fast 20 Jahren. Sie hat ihren gesetzlichen Niederschlag in § 39 Abs. 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gefunden und in Verbindung mit weiteren Bestimmungen (§§ 115-120 SGB V) dazu geführt, dass in den letzten Jahren ein stetiger Anstieg ambulant durchgeführter Operationen in Klinik und Praxis zu beobachten ist. Der finanzielle Druck der leeren Kassen, das immer wieder beschworene Einsparpotenzial, die Chance zusätzlicher Erlöse und der Blick in andere Länder mögen Auslöser und Beschleuniger dieser Entwicklung gewesen sein. Ohne den rasanten technischen und medizinischen Fortschritt bei endoskopischen sowie laparoskopischen Eingriffen und die Akzeptanz der Patienten, insbesondere wegen mancher Vorzüge, z. B. der Beibehaltung des gewohnten häuslichen und sozialen Umfelds, wäre aber eine Ausweitung des ambulanten Operierens im gegenwärtigen

K. Ulsenheimer München

Haftungsrechtliche Probleme beim ambulanten Operieren

Betrachtung aus anästhesiologischer Perspektive

Ausmaß nicht möglich gewesen. Insofern kamen viele positive Umstände zusammen und machten - alles in allem aus kleinen zögernden Anfangsschritten in vielen medizinischen Bereichen eine erfolgreiche, fest etablierte Behandlungsalternative. Der immer umfangreicher werdende Katalog ambulant durchführbarer ärztlicher Leistungen und die vermehrte Errichtung von ambulanten Operationszentren (Abb. 1) legen hiervon ein beredtes Zeugnis ab.

I Grundprinzipien für den Anästhesisten

Aber: Wo viel Licht ist, gibt es auch Schatten, den man als Jurist aus haftungsrechtlicher Sicht in Zivilprozessen und Strafverfahren wegen fahrlässiger Tötung und fahrlässiger Körperverletzung bedauerlicherweise nicht selten feststellen muss. Dudziak1 hat hierauf sehr deutlich und warnend hingewiesen. Denn sowohl die endoskopisch-laparoskopische Operationstechnik als auch ihre ambulante Durchführung und Einbindung einer Begleit- und Überwachungsperson in der postoperativen Phase bergen spezifische Gefahren, die der Arzt erkennen und ausschalten muss. Voraussetzung dafür sind die Kenntnis und die Befolgung einiger fundamentaler rechtlicher Grundsätze

der Haftungsjudikatur, der Anforderungen des "Dreiseitigen Vertrags"2, in dem zentrale, verpflichtende Vorgaben festgeschrieben sind, und der Entschließung des Fachgebiets Anästhesie durch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und den Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA).

Im Folgenden werden einige der vom Anästhesisten unbedingt zu beachtenden Grundprinzipien behandelt:

- Schutz und Sicherheit des Patienten,
- Abwägungen zum Wohl des Patienten,
- gleich hohe Qualitätsmaßstäbe (Facharztstandard) wie im stationären Bereich

und daraus praktische Folgerungen gezo-

Schutz und Sicherheit des Patienten

1. Absolute Priorität vor allen anderen Erwägungen haben Schutz und Sicherheit des Patienten. Wirtschaftliche, persönliche oder sonstige Interessen haben demgegenüber zurückzutreten. Das ambulante Operieren darf während der prä-, intra-

¹ Anaesthesist 2006, 331 ff.

² AOP-Vertrag zwischen 1. dem AOK-Bundesverband u. a., 2. der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. sowie 3. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, KHR 2010, 47 ff.

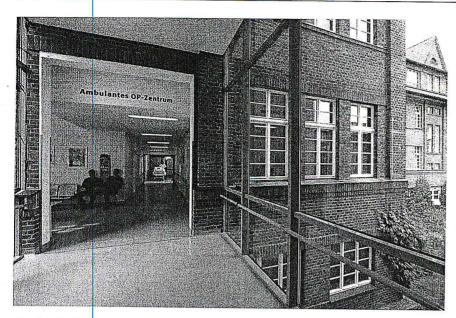


Abb. 1 ▲ Die ökonomischen Zwänge und der technische Fortschritt in den letzten Jahren führen zu immer mehr ambulanten Operationen. Gleichzeitig steigen aber auch die Problemfälle und damit die juristischen Risiken für den Anästhesisten. (Bild: Havelland Kliniken GmbH; mit freundl. Genehmigung)

und postoperativen Phase nicht zu einer Risikoerhöhung für den Patienten im Vergleich zu einer Behandlung unter stationären Bedingungen führen. Entscheidend ist dabei der konkrete Risikovergleich im Einzelfall.

Abwägungen zum Wohl des Patienten

2. Da "das Wohl des Patienten oberstes Gebot und Richtschnur" ist, gilt für die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ärzten der Grundsatz, dass diese den spezifischen Gefahren der Arbeitsteilung entgegenwirken müssen und es deshalb einer Koordination der beabsichtigten Maßnahmen bedarf, um zum Schutz des Patienten einer etwaigen Unverträglichkeit verschiedener Methoden oder Instrumente vorzubeugen³.

3. Die Frage, ob der Patient stationär oder ambulant behandelt werden muss bzw. kann, ist vom Arzt (Operateur) "unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des Patienten" und nach "Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs" zu entscheiden (§ 2 Abs. 3 des Dreiseitigen Vertrags). Die Indikation zur ambulanten Operationsdurchführung ergibt sich nicht aus dem "Katalog ambulant

³ BGH *NJW* 1999, 1779, 1781.

durchführbarer" Eingriffe gemäß § 115b Abs. 1 Nr. 1 SGB V, sondern ist von medizinisch-fachlichen und sozialen Aspekten sowie natürlich vom Willen des Patienten abhängig⁴. Über die Eingriffsindikation entscheidet der Operateur, über die Anästhesieführung der Anästhesist, beide in eigener Kompetenz und Verantwortung.

4. In diesem Zusammenhang ist v. a. die Anlage 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V wichtig. Danach gibt es "allgemeine individuelle Tatbestände bzw. Kriterien", die die stationäre Durchführung des Eingriffs erforderlich machen können, z.B. die fehlende Kommunikationsmöglichkeit des Patienten im Fall von postoperativen Komplikationen und/oder die fehlende sachgerechte Versorgung im Haushalt des Patienten. Ohne Sicherstellung der postoperativen Betreuung des Patienten (Transport nach Hause, häusliche Betreuung, Erreichbarkeit des Operateurs, Anästhesisten, Hausarztes) ist die ambulante Durchführung des Eingriffs kontraindiziert. Daneben gibt es morbiditäts-/diagnosebedingte allgemeine Tatbestände wie z. B. Gerinnungsstörungen, die Schwere der Erkrankung,

akute Blutungen, kontinuierliche i.v.-Medikation, kontinuierliche intensive Überwachungsnotwendigkeit u. a., die die stationäre Durchführung des Eingriffs erzwingen können.

Liegen solche "Ausschlusskriterien" für das ambulante Operieren vor, darf der Arzt sich nicht durch den Kostendruck oder den Wunsch des Patienten zu einer "großzügigen" Indikationsstellung zugunsten der ambulanten Durchführung verleiten lassen.

Gleich hohe Qualitätsmaßstäbe (Facharztstandard)

5. Die Rechtsprechung betont, dass an ambulante Operationen keine geringeren Sorgfaltsanforderungen gestellt werden dürfen als an Eingriffe unter stationären Bedingungen⁵. Anders formuliert, speziell für die Anästhesie: "An praxis- und klinik-ambulant durchgeführte Anästhesieverfahren müssen die gleichen Qualitätsmaßstäbe angelegt werden wie an stationäre; sie haben sich nach den medizinischen Erfordernissen und dem aktuellen Leistungsstandard des Fachgebiets zu richten"6.

6. Auch für ambulante Eingriffe gilt deshalb der Facharztstandard. Sie dürfen nach § 14 des Dreiseitigen Vertrags "nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit unverzüglichen Eingreifens" vorgenommen werden (§ 14 des Dreiseitigen Vertrags). Facharztstandard bedeutet aber nicht nur ärztliches Wissen und Können, wie es von einem Facharzt (im materiellen Sinn) erwartet werden kann, sondern auch die Einhaltung der gebotenen Strukturqualität, also das Vorhandensein der erforderlichen apparativen und personellen Ausstattung (z. B. angemessene Räumlichkeiten, qualifiziertes Assistenzpersonal, adäquate Überwachungsapparaturen, z. B. Pulsoxymeter u. a.).

Siehe dazu auch Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie zwischen BDA, DGAI und BDC, Anaesthesiol Intensivmed 2006, 47 ff.

⁵ OLG Düsseldorf, VersR 2002, 151, 152.

⁶ Anaesthesiol Intensivmed 2006, 47: Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulanter Anästhesie des BDA, der DGAI und des Berufsverbands Deutscher Chirurgen (BDC).

Zusammenfassung · Abstract

Il Praktische Folgerungen

a) Erforderlich und zu dokumentieren sind auch vor ambulant durchgeführten Eingriffen eine sorgfältige, rechtzeitige Anamneseerhebung, die körperliche Untersuchung des Patienten sowie die Erfassung und Auswertung von Vorbefunden, um die zutreffende Diagnose zu stel-

Deshalb müssen präoperativ die nötigen Befunde erhoben werden (§ 4 Abs. 1 des Dreiseitigen Vertrags), sei es vom vorbehandelnden Arzt, sei es vom Operateur bzw. Anästhesist. Jeder an einem ambulanten Eingriff Mitwirkende sollte sich bewusst sein, dass unzureichende Voruntersuchungen oder das Fehlen entscheidender Befunde oftmals Ursache für Zwischenfälle oder Behandlungsmisserfolge sind. Zur Voruntersuchung gehört als Kernaufgabe auch die Erforschung der häuslichen Verhältnisse und persönlichen Lebensumstände des Patienten. Sind die vom Patienten mitgebrachten medizinischen Befunde mit dem bestehenden Krankheitsbild oder den aktuellen Untersuchungsergebnissen nicht in Einklang zu bringen, darf sich der Anästhesist nicht darauf verlassen, sondern muss ggf. eine nochmalige Befunderhebung anordnen (z. B. die Erstellung eines neuen Röntgenbilds). Doppeluntersuchungen ohne sachliche Begründung müssen allerdings unterbleiben (§ 4 Abs. 1 des Dreiseitigen Vertrags).

b) Die Einwilligung des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters nach rechtzeitiger und ordnungsgemäßer Aufklärung unter Beachtung der Grundsätze der Rechtsprechung ist Voraussetzung rechtmäßigen ärztlichen Handelns.

Bezüglich der Aufklärung [Diagnose-, Sicherungs- und Eingriffs-(Risiko-)Aufklärung] gelten die allgemeinen Grundsätze. Eine Abweichung gegenüber stationären Eingriffen betrifft den Zeitpunkt der Aufklärung. In "normalen Fällen" ambulanter Operationen darf die Aufklärung noch am Tag des Eingriffs erfolgen, doch ist dem Patienten stets eine angemessene Bedenkzeit nach dem Aufklärungsgespräch zu gewähren, in der er in Ruhe das "Für und Wider" abwägen kann⁷. Bei

Anaesthesist 2012 · 61:156–162 DOI 10.1007/s00101-011-1971-3 © Springer-Verlag 2012

K. Ulsenheimer

Haftungsrechtliche Probleme beim ambulanten Operieren. Betrachtung aus anästhesiologischer Perspektive

Zusammenfassung

Der rasante technische und medizinische Fortschritt bei endoskopischen/laparoskopischen Eingriffen und die steigende Akzeptanz der Patienten führen zu einer deutlichen Ausweitung des ambulanten Operierens. Die endoskopisch-laparoskopische Operationstechnik, ihre ambulante Durchführung und die Einbindung einer Begleit- sowie Überwachungsperson in der postoperativen Phase bergen allerdings spezifische Gefahren, die der Arzt erkennen und ausschalten muss. Vom Anästhesisten sind einige Grundprinzipien, die den Schutz und die Sicherheit des Patienten, Abwägungen zum Wohl des

Patienten, Qualitätsmaßstäbe und sich daraus ergebende praktische Folgerungen betreffen, unbedingt zu beachten. Besonders haftungsträchtig erweisen sich die postoperative Phase und die Entlassung des Patienten; dies wird an einigen beispielhaften Fällen verdeutlicht.

Schlüsselwörter

Endoskopie/Laparoskopie · Risikomanagement · Postoperative Versorgung · Entlassung des Patienten · Schadensersatz

Legal liability problems in outpatient operations. View from an anesthesiological perspective

The rapid technical and medical progress in endoscopic and laparoscopic interventions and the increasing acceptance by patients, lead to an expansion of outpatient operations. The endoscopic laparoscopic operation technique, the operative implementation and the inclusion of an accompanying and a surveillance person in the postoperative phase conceal, however, specific dangers which the physician must recognize and remove. It is absolutely necessary that anesthetists pay attention to some basic principles

concerning protection and safety of patients, considerations on the comfort of patients, quality measures and the resulting practical consequences. Particularly prone to liability problems are the postoperative phase and discharge of patients which will be demonstrated in some exemplary cases.

Keywords

Endoscopy/laparoscopy · Risk management · Postoperative care · Patient discharge · Redress

"größeren ambulanten Operationen mit beträchtlichen Risiken" dürfte dagegen die Aufklärung am Operationstag verspätet sein - mit haftungsrechtlichen Konsequenzen für den Arzt. Besonders zu be-

Fehlt mangels ordnungsgemäßer Aufklärung des Patienten dessen wirksame Einwilligung, liegt eine rechtswidrige Körperverletzung vor, die strafbar ist (im Regelfall wegen Fahrlässigkeit) und zu Schadensersatz/Schmerzensgeld verpflichtet.

Setzt sich der Anästhesist in einem solchen Fall über die anerkannten Regeln seines Fachs (z. B. Wiederverwendung einer angebrochenen Propofolflasche entgegen dem Herstellerhinweis) wissentlich hinweg, weiß er damit auch, "dass seine Narkosen vor den jeweils erteilten Einwilligungen nicht gedeckt und damit vorsätzliche Körperverletzungshandlungen sind". Stirbt dadurch ein Patient, kann der Anästhesist wegen Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) verurteilt werden. Der Strafrahmen ist im Regelfall mindestens 3 Jahre Freiheitsstrafe, nur bei Vorliegen eines "minder schweren Falles" kann die Mindeststrafe auf 1 Jahr gesenkt wer-

c) Bei der Planung und Durchführung ambulanter Anästhesien ist zu berücksichtigen, dass der Anästhesist die Verantwortung sowohl für das Betäubungsverfahren als auch für die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während des Eingriffs sowie post-

⁷ BGH *NJW* 1994, 3009; NJW 1003, 1441 ff.

⁸ Vergleiche BGH MedR 2009, 47.

operativ bis zur Aufhebung der Wirkung des Anästhesieverfahrens trägt.

- d) Die gleichzeitige Durchführung des operativen Eingriffs und der dazugehörigen Narkose durch den Operateur ist mit den anästhesiologischen Qualitätsstandards unvereinbar, da die erforderliche kontinuierliche und qualifizierte Überwachung des Anästhesieverfahrens und der Vitalfunktionen nicht gewährleistet ist.
- e) Die Entlassung des Patienten ist eine ärztliche Entscheidung, der eine Abschlussvisite vorauszugehen hat. Dabei ist zu prüfen, ob der Patient sich von einer erwachsenen Begleitperson abholen lassen muss, da sein Reaktionsvermögen durch Betäubungs-, Beruhigungs- und/ oder Schmerzmittel noch eingeschränkt sein kann, und wann er nach dem Eingriff wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, wichtige Entscheidungen treffen oder gefährliche Tätigkeiten ausüben darf. Die Möglichkeit einer im Notfall erreichbaren ärztlichen Versorgung muss sichergestellt und dem Patienten bzw. seiner Bezugsperson bekannt sein.
- f) Die postoperative Überwachung in Klinik und Praxis erfordert geeignete Räumlichkeiten, in denen der Patient postoperativ unter Aufsicht von speziell eingearbeitetem Assistenzpersonal überwacht wird, bis er wieder im Vollbesitz seiner Schutzreflexe ist und keine Komplikationen vonseiten der Atmung und des Kreislaufs zu erwarten sind.
- g) Die adäquate personelle, apparative und medikamentöse Ausstattung des Aufwachraums mit einem entsprechenden Monitoring muss gewährleistet sein, ebenso die unmittelbare Verfügbarkeit eines Arztes während dieser Phase.
- h) Die exakte ärztliche *Dokumentation* aller medizinisch relevanten Fakten ist im Rahmen des ambulanten Operierens ebenso unverzichtbar wie bei stationären Eingriffen. Das gilt sowohl aus therapeutischer als auch haftungsrechtlicher und abrechnungstechnischer Sicht. Denn die ärztliche Zusammenarbeit erfordert wechselseitige Information und Abstimmung, wobei schriftliche Eintragungen im Krankenblatt helfen, Missverständnisse und Informationslücken zu vermei-

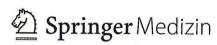
den. Sie schützen somit den *Patienten* vor organisatorischen Mängeln und bedeuten zugleich aufgrund der Vermutung der Vollständigkeit, Richtigkeit und Echtheit einen haftungsrechtlichen Schutz des Arztes. Denn die mangelhafte oder fehlende Dokumentation führt zu Beweiserleichterungen bis hin (meist) zur Beweislastumkehr zuungunsten des Arztes.

III Horizontale und vertikale Verantwortlichkeiten

Für das ambulante Operieren gelten dieselben Grundprinzipien der horizontalen und vertikalen Arbeitsteilung, wie sie auch im stationären Bereich ihre Gültigkeit haben. Dies bedeutet konkret:

1. Die horizontale Arbeitsteilung zwischen Operateur und Anästhesist ist durch das Prinzip partnerschaftlicher Gleichordnung und damit grundsätzlicher Weisungsfreiheit geprägt. Die vertikale Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegepersonal weist dagegen eine hierarchische Struktur auf, für die Unterordnung und Weisungsgebundenheit

springer.com

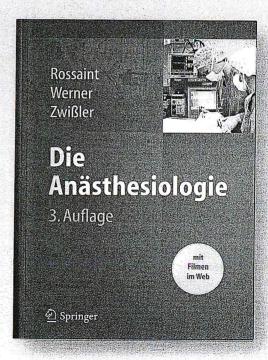


Für den Facharzt.

- ▶ Anästhesiologie alles, was Sie wissen müssen: wissenschaftlich fundiert, praxisnah und umfassend
- ▶ Komplett aktualisiert und erweitert, plus neue Themen
- Extra: Zugang zu Website mit Filmen zu anästhesiologischen Techniken

Jetzt bestellen!

3. A. 2012. 1758 S. 720 Abb. Geb. ► € (D) 189,95 € (A) 195,28 | sFr 236,50 ISBN 978-3-642-21124-9



der Mitarbeiter gegenüber einer fachlich überlegenen und/oder arbeitsrechtlich vorgesetzten Person typisch ist.

Aus dem Prinzip der strikten medizinischen - horizontalen und vertikalen -Arbeitsteilung folgt zugleich - als Kehrseite des Grundsatzes der Eigenverantwortlichkeit -, dass jeder an der Behandlung des Patienten Beteiligte, gleich in welcher Funktion, darauf vertrauen darf, dass der mitbeteiligte Andere seine Aufgabe beherrscht und seine Verantwortung wahrnimmt. Es gilt zum einen das Prinzip der Einzel- und Eigenverantwortlichkeit, zum anderen der Vertrauensgrundsatz. Durch diese beiden tragenden Leitprinzipien zur Abgrenzung der Verantwortlichkeiten, sei es zwischen den Ärzten oder im Verhältnis zwischen Arzt und Pflegekraft, werden die jeweiligen Sorgfaltspflichten sachgerecht begrenzt.

Eine Einschränkung erfährt der Vertrauensgrundsatz allerdings dann, wenn der Partner oder Mitarbeiter in der konkreten Situation erkennbar seinen Aufgaben nicht gewachsen ist, wenn ernsthafte Zweifel an der Ordnungsgemäßheit der Maßnahmen des oder der Anderen auftreten oder wenn beim Zusammenwirken beider Ärzte die von dem einen gewählte Methode nicht mit der seines Kollegen kompatibel ist.

Beispiel mangeInder Koordination

Bei einer sog. Schieloperation führte der Anästhesist lege artis eine Ketanest-Narkose durch, bei der der Patient reinen Sauerstoff in hoher Konzentration erhielt, während der Augenarzt zur Blutstillung einen Thermokauter einsetzte, mit dem verletzte Gefäße durch Erhitzung verschlossen wurden. Während des Kauterns kam es zu einer heftigen Flammenentwicklung, durch die das Kind schwere Verbrennungen im Gesicht erlitt. (BGH NJW 1999, 1779 ff.)

2. Im Verhältnis zwischen Operateur und Anästhesist folgt aus der fachlichen Zuständigkeit und damit begründeten rechtlichen Eigenverantwortlichkeit: Die präoperative Versorgung des Patienten obliegt dem Anästhesisten. Er hat die Narkosefähigkeit, d. h. die operative Belastbarkeit des Patienten durch den beabsichtigten Eingriff und die Narkose zu prüfen. Er bestimmt das Narkoseverfahren und

trifft danach seine Vorbereitungen. Der Chirurg dagegen entscheidet darüber, "ob, wo und wann der Eingriff durchgeführt werden soll"9. Dabei wägt er nicht nur das Operationsrisiko ab, sondern kalkuliert zumindest auch das allgemeine Narkoserisiko mit ein. Für beide Ärzte folgt aus dem arbeitsteiligen Zusammenwirken die Verpflichtung zur gegenseitigen Information und Abstimmung, um vermeidbare Risiken für den Patienten auszuschließen, auch "wenn insoweit keine ausdrückliche Vereinbarung" besteht¹⁰.

3. Die Beachtung der vorstehend genannten Grundsätze erfordert eine sachgerechte Organisation in Gestalt klarer am besten schriftlich - niedergelegter Absprachen zwischen den beteiligten Ärzten, da sonst haftungsträchtige Zwischenfälle drohen, wie die folgenden Beispiele überaus deutlich zeigen.

IV Beispiele für haftungsträchtige Zwischenfälle

Fallbeispiel 1

Bei einer ambulanten Polypenoperation (in einer HNO-Gemeinschaftspraxis) verstarb ein 5-jähriger Junge, der seit Geburt an der Duchenne-Muskeldystrophie, einer seltenen Erbkrankheit, litt. Um die Intubationsnarkose zu erleichtern, injizierte der Anästhesist Succinylcholin i.v. Wenige Minuten später kam es zu einem Herz-Kreislauf-Stillstand, der trotz sofort eingeleiteter Wiederbelebungsbemühungen ohne Erfolg blieb.

In dem Strafverfahren gegen die beiden HNO-Ärzte und den Anästhesisten wurden Erstere freigesprochen, der Anästhesist jedoch vom LG Essen wegen fahrlässiger Tötung zu einer Geldstrafe verurteilt11. Zur Begründung führte das Gericht aus, bei Kenntnis der Muskelerkrankung hätte das Kind keinesfalls ambulant anästhesiert werden dürfen. Die Narkose hätte vielmehr stationär unter Verwendung eines Medikaments ohne Succinylcholin durchgeführt werden müssen. Verantwortlich für diesen todesursächlichen Fehler war nach der - richtigen - Auffassung des Gerichts der Anästhesist. "Seine Pflichtwidrigkeit lag darin, dass er es unterlassen hat, eine ordnungsgemäße narkosespezifische Anamnese zu erheben." Er selbst hatte keine narkoserelevanten Fragen gestellt, "sondern bezüglich der Narkosefähigkeit des Kindes den Hals-Nasen-Ohren-Ärzten vertraut".

Darin sah das Gericht im vorliegenden Fall einen Pflichtverstoß. Denn die abschließende Beurteilung der Narkosefähigkeit eines Patienten ist ureigenste Aufgabe der Anästhesisten. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, "hätte er sicherstellen müssen, dass auch anästhesierelevante Informationen tatsächlich erhoben werden und sicher an ihn herangelangen". Dies war hier jedoch unterblieben. Über die Muskelerkrankung des Kindes war der Anästhesist weder vom Hausarzt noch von den HNO-Ärzten informiert worden, noch hatte er selbst die nötigen Untersuchungen vorgenommen und Klärungen erreicht. Ihm lag lediglich ein kleines Blutbild nebst Gerinnungsfaktorbestimmung sowie die Überweisung des Hausarztes vor, sodass die HNO-Ärzte keinen Vertrauenstatbestand geschaffen hatten, auf den sich der Anästhesist hätte verlassen dürfen. "Vor diesem Hintergrund hätte er vor der Operation eine eigene Anamnese bei den Eltern erheben müssen, bei der das Vorliegen der Muskeldystrophie sofort zutage getreten wäre"12. Daraus folgt: Die eingehende anästhesiologische Voruntersuchung des Patienten ist unverzichtbar.

Der Anästhesist muss sich anhand der mitgeteilten oder selbst zu erhebenden Befunde ein zutreffendes Bild über den gesundheitlichen Zustand des Patienten, dessen Narkosefähigkeit und über das Narkoserisiko machen. Dies gilt auch und gerade für die Narkose oder Regionalanästhesie bei ambulanten Patienten. Welch hohen Stellenwert die Rechtsprechung der gründlichen Voruntersuchung beimisst, zeigt der Leitsatz einer frühen BGH-Entscheidung: "Mängel der ärztlichen Ausbildung, schlechte Vorbilder und fehlende Erfahrung entschuldigen u. U. ärztli-

⁹ BGH NJW 1980, 651.

¹⁰ BGH *NJW* 1999, 1779, 1781.

¹¹ LG Essen, *Arztrecht* 1996, 291.

¹² LG Essen, a.a.O.

che Kunstfehler, aber nicht Eingriffe ohne eigene Diagnose"¹³.

Fallbeispiel 2

Bei einem 51/2-jährigen Jungen wurde ambulant eine Zirkumzision unter Allgemeinnarkose vorgenommen. Nach dem Eingriff, der komplikationslos verlief, kam das Kind in ansprechbarem und reflexaktivem Zustand in den Aufwachraum, wo das Kind ohne Pulsoxymeter, nur von seinen Eltern, "also medizinischen Laien" überwacht wurde. Diese erkannten zu spät den Atemund Kreislaufstillstand, infolge dessen der Junge eine schwere Hirnschädigung erlitt.

Landgericht und Oberlandesgericht sahen im Verhalten des Anästhesisten erhebliche Verstöße gegen den fachanästhesiologischen \$tandard. Pflichtwidrig wurden apparatgestützte Kontrollmessungen nicht durchgeführt und pflichtwidrig die postoperative Überwachung nicht an qualifiziertes Personal, also Mitarbeiter mit entsprechender Ausbildung und Erfahrung übertragen. Das wäre im vorliegenden Fall umso wichtiger gewesen, als der Anästhesist zur Narkose das Opioid Alfentanil (Rapifen®) verwandt hatte und dadurch das "besondere Risiko einer ausgeprägten Atemdepression" bestand. Es wäre deshalb Pflicht des Anästhesisten gewesen, eine besonders sorgfältige, kontinuierliche postoperative Überwachung sicherzustellen sowie Überwachungslücken und damit ein vermeidbares Risiko für den Patienten durch Vorgabe fester Zuständigkeiten und Anweisungen an sein Personal auszuschließen. "Insoweit bestehen keinerlei Unterschiede zwischen einer stationären und einer ambulanten Behandlung"14.

Fallbeispiel 3

Mangelnde postoperative Aufsicht im Aufwachraum ist auch Gegenstand der Entscheidung des Oberlandesgerichts

Düsseldorf,15 der folgender Sachverhalt zugrunde lag:

Nach einer komplikationslosen, ambulant in Vollnarkose durchgeführten laparoskopischen Fertilisationsdiagnostik kam die Patientin in den Aufwachraum, wo sie ohne regelmäßige Kontrolle der Herzfrequenz und des Blutdrucks nach etwa 1 h einen Blutdruckabfall erlitt. Grund war eine erhebliche Nachblutung, da der Gynäkologe bei seiner Laparoskopie die A. epigastrica superficialis dextra verletzt hatte. Der sofort herbeigerufene Notarzt verlegte die Patientin in ein Krankenhaus, wo es während der dort vorgenommenen Operation zu wiederholten Herz-Kreislauf-Stillständen kam, doch überlebte die Patientin, allerdings schwerstgeschädigt.

Das anschließende Strafverfahren gegen den Gynäkologen und die Anästhesistin wegen fahrlässiger Körperverletzung wurde gegen eine erhebliche Geldauflage eingestellt; der Zivilprozess auf Schadensersatz und Schmerzensgeld führte zur Verurteilung beider Fachärzte. Das Gericht sah nach Abschn. 6.1 der Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie, abgeschlossen zwischen den Fachgebieten der Gynäkologie und Anästhesie, "für Maßnahmen der Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der durch das operative Vorgehen beeinträchtigten Vitalfunktionen grundsätzlich beide Fachgebiete" als "fachlich zuständig" an. Da die Anästhesistin die engmaschigen, viertelstündlichen Kontrollen der Patientin im Aufwachraum aufgrund des organisatorischen Ablaufs der Operationen in der Praxis des Gynäkologen nicht gewährleisten konnte, trifft sie ein Übernahmeverschulden. Die personelle und sachliche Ausstattung der Praxis fiel dagegen in den organisatorischen Zuständigkeitsbereich des Gynäkologen, der für die Nachsorge keine besonderen, ausdrücklichen Anweisungen erteilt hatte. "Angesichts dessen ist davon auszugehen, dass das Kontrolldefizit auf einem grundlegenden Organisationsmangel beruht, der in erster Linie dem verantwortlichen Gynäkologen anzulasten ist"16. Für ihn war erkennbar, dass die Anästhesistin die frisch operierten Patientinnen nur dann kontinuierlich überwachen konnte, "wenn sie nicht für Narkosen im Operationsraum benötigt wurde", was tatsächlich jedoch notwendig war.

Fazit

Die Beispielsfälle zeigen deutlich die besondere Haftungsträchtigkeit der postoperativen Phase. Der Patient bedarf in den ersten Stunden nach der Narkose einer kontinuierlichen Überwachung durch den Anästhesisten oder eine kompetente, speziell unterwiesene Pflegekraft. In den vielen Fällen, die die Justiz beschäftigt haben, gab es gravierende Mängel in der personellen und/oder apparativen Ausstattung des Aufwachraums. Mal war die "Kontrollperson" ein medizinischer Laie, mal eine Azubi, mal eine Zahnarzthelferin mit kurzer Beschäftigungszeit in der Anästhesie, mal fehlten in der Aufwachphase die Überwachungsgeräte wie Pulsoxymeter und EKG. In allen Fällen mangelte es auch an klaren Absprachen zwischen den beteiligten Ärzten darüber, wer für die postoperative Betreuung der Patienten zu sorgen hatte, was die Richter und Staatsanwaltschaften als erhebliches organisatorisches Versäumnis werteten.

Fallbeispiel 4

Ein solches Defizit besteht nicht selten auch bei der intraoperativen Teamarbeit, wie der nachfolgende Fall recht anschaulich zeigt.

Bei einer ambulant durchgeführten Operation wegen eines Postdiskektomiesyndroms wurde der Patient in Bauchlage und Dämmerschlaf operiert, nicht aber auf dem Operationstisch fixiert. Gegen Ende der Operation trat der Anästhesist vom Tisch weg, um im Nebenraum ein Medikament zur Blutdrucksenkung zu holen, während gleichzeitig (?) der Operateur zur Seite trat, um den Bildwandler zu bedienen. Just in diesem Augenblick verließ offenbar auch die OP-Schwester den Patienten, sodass dieser, als er sich in

¹³ BGHSt 3, 91; s. zu dem Urteil des LG Essen auch die Anmerkungen von Schulte-Sasse aus medizinischer und von Andreas aus juristischer Sicht in: Arztrecht 1996, 291 ff.

¹⁴ OLG Naumburg, MedR 2005, 232, 233.

¹⁵ VersR 2002, 151 ff.

¹⁶ OLG Düsseldorf, VersR 2002, 1151, 1153.

Abwesenheit aller drei an der Operation Beteiligten - noch unzurechnungsfähig aufbäumte, vom Tisch fiel. Dabei zog er sich eine Schädelfraktur mit einem subduralen Hämatom und zusätzlich einen Hirninfarkt zu, in dessen Folge er ein Jahr später verstarb.

Das anästhesiologische Fachgutachten bemängelte zum einen die fehlende Dokumentation der Lagerung und Lagerungskontrolle, zum anderen die fehlende schriftliche interdisziplinäre Vereinbarung zwischen Operateur und Anästhesist sowie v. a. die mangelnde Koordinierung in der Zusammenarbeit von Chirurg, Anästhesist und OP-Schwester, Nach Ansicht des Gutachters haben beide fachärztlichen Partner intraoperativ die kontinuierliche persönliche Überwachung des Patienten vernachlässigt, obwohl sie wussten, dass dieser nicht fixiert war und aus seinem Dämmerschlaf jederzeit aufwachen konnte. Der hieraus ersichtliche Organisationsfehler wurde in erster Linie dem Anästhesisten angelastet, gegen den aufgrund seiner übergeordneten Aufsichtspflicht ein Strafbefehl erging, während das Strafverfahren gegen den Chirurgen und die OP-Schwester gegen Zahlung einer Geldauflage eingestellt wurde.

V Entlassung – eine besonders kritische Phase

Ein spezifisch das ambulante Operieren betreffendes Haftungsfeld ist die Entlassung des Patienten. Nach § 2 Abs. 3 des Dreiseitigen Vertrags muss "der verantwortliche Operateur sich vergewissern und dafür Sorge tragen, dass der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des operierenden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als ggf. auch pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren". Häufig überträgt der Operateur diese seine Verpflichtung auf den Anästhesisten, weil dieser z. B. das Ambulatorium betreibt oder aus organisatorischen Gründen die Aufgabe übernommen hat. Liegt die Verantwortung für die Entlassung des Patienten dann in der Hand des Anästhesisten, hat er über den Entlassungszeitpunkt zu entscheiden, aber auch dafür zu sorgen bzw. sich zu vergewissern, dass der Patient "ausführliche Anweisungen für sein Verhalten zu Hause" erhält bzw. erhalten hat17.

Aber auch schon vor der Entlassung kann bei entsprechender organisatorischer Regelung die Pflicht des Anästhesisten zur Überwachung einsetzen. Wird z. B. ein Patient bei einer ambulanten Behandlung so stark sediert, dass seine Tauglichkeit für den Straßenverkehr für einen längeren Zeitraum erheblich eingeschränkt oder gar ausgeschlossen ist, kann dies für den behandelnden Arzt und im Fall der Verantwortungsübernahme für den Anästhesisten - die Verpflichtung begründen, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich der Patient nicht nach dem Eingriff unbemerkt entfernt.

Beispiel: Dormicum-Fall

Im sog. Dormicum-Fall¹⁸ war der Patient vom Hausarzt und von dem Internisten, der die Gastroskopie durchführte, ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass er nach dem Eingriff nicht mit dem eigenen Wagen nach Hause fahren dürfe, am besten nicht mit dem Auto komme. Aus familiären Gründen kam er dann doch mit seinem Pkw, erklärte aber dem Internisten, er werde mit dem Taxi nach Hause fahren. Nach dem Eingriff verblieb er zunächst 0,5 h im Untersuchungszimmer unter Aufsicht, danach hielt er sich auf dem Flur vor den Dienst- und Behandlungsräumen des Internisten auf, der wiederholt Blick- und Gesprächskontakt mit ihm hatte. Da es dem Patienten subjektiv gut ging, entfernte er sich etwa 2 h nach der Gastroskopie unbemerkt - ohne vorher entlassen worden zu sein - aus dem Krankenhaus und fuhr mit seinem Wagen weg. Kurz danach geriet er aus ungeklärter Ursache auf die Gegenfahrbahn; hierbei stieß er mit einem Lastzug zusammen und erlitt tödliche Verletzungen.

Der Bundesgerichtshof (BGH) sah das Fehlverhalten des Internisten in der mangelnden Aufsicht und fehlenden ständigen Kontrolle, solange der Patient noch nicht "street ready" (straßenverkehrsfähig), sondern nur "home ready" war. Da die Wirkung des Medikaments Dormicum noch nicht abgeklungen war und daher eine Bewusstseinstrübung und Einschränkung der Einsichtsfähigkeit nicht ausgeschlossen werden konnten, musste der Internist aufgrund seiner Fürsorgepflicht und Garantenstellung gegenüber dem Patienten diesen "in einem Raum unterbringen, in dem er unter ständiger Überwachung stand und ggf. daran erinnert werden konnte, dass er das Krankenhaus nicht eigenmächtig verlassen durfte"19.

Fazit für die Praxis

- Aus haftungsrechtlicher Sicht sind an das ambulante Operieren hohe Anforderungen in Bezug auf das ärztliche Können, die organisatorischen Fähigkeiten und die Kenntnis der rechtlichen Vorgaben zu stellen.
- Diese Voraussetzungen sind leider nicht immer erfüllt, sodass Zivilprozesse und/oder Strafverfahren in diesem Bereich keine Seltenheit darstellan
- Ein striktes Risikomanagement im Sinne einer konsequenten juristischen Qualitätssicherung ist daher unbedingt notwendig.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. K. Ulsenheimer Maximiliansplatz 12, 80333 München Ulsenheimer@uls-frie.de

Interessenkonflikt. Keine Angaben

¹⁷ Hempelmann u. Sticker, Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 1997, 32.

¹⁸ Siehe dazu Ulsenheimer, Anaesthesist 2004,

¹⁹ BGH, Anaesthesist 2004, 284.