JUS-Letter
Juni 2020 | Jahrgang 20 | Ausgabe 2

BD*Aktuell*

In dieser Ausgabe:

Narkoseeinleitung: Präsenz des Operateurs notwendig? V85

Geburtshilfliche PDA und Aufklärung V87

Berufsverband Deutscher Anästhesisten
- Justitiare -
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg
Telefon: 0911 93378 17
0911 93378 19
0911 93378 27
Telefax: 0911 3938195
E-Mail: Justitiare@bda-ev.de
Internet: www.bda.de

Narkoseeinleitung: Präsenz des Operateurs notwendig?

Dr. iur. E. Biermann, Nürnberg / RA R.-W. Bock, Berlin[1] / Ass. iur. E. Weis, Nürnberg

In der Praxis legen Operateure – im Ausgangspunkt nachvollziehbar – regelmäßig Wert darauf, „ihr" OP-Programm ohne zeitliche Verzögerungen beginnen und im Verlauf fortsetzen zu können. Dementsprechend erfolgen Narkoseeinleitungen bei Patienten möglichst zeitlich entsprechend, mithin eventuell allerdings auch „vorzeitig" mit daraus resultierender Wartezeit, während der der Patient in Narkose liegt. Dann stellt sich – insbesondere den ersten Patienten eines OP-Programms betreffend – oftmals die Frage, wann mit der Narkoseeinleitung begonnen werden darf, insbesondere auch, ob der Operateur zu diesem Zeitpunkt bereits in der Klinik, im OP-Bereich bzw. im OP-Saal präsent sein muss. Dazu wurden beispielsweise folgende Fallkonstellationen mitgeteilt:

- Ein Operateur legt Wert darauf, dass sämtliche OP-Vorbereitungen samt Narkoseeinleitung bereits während seiner Anfahrt zur Klinik getroffen werden, damit er nach Eintreffen sein OP-Programm sofortig aufnehmen kann.
- Der Anästhesist schließt seine narkoseeinleitenden Behandlungsmaßnahmen stets zum plangemäß vorgegebenen „OP-Beginn" ab; der Operateur trifft regelmäßig – auch ganz erheblich – verspätet mit Abschluss seiner morgendlichen Visitentätigkeit o. ä. im OP-Bereich ein.
- Der Anästhesist bereitet bei ambulanter Eingriffsdurchführung den Patienten zum geplanten OP-Beginn anästhesiologisch vor; dem belegärztlichen Operateur war allerdings keine Bestätigung zur Eingriffsdurchführung zugegangen, weshalb er in der ambulanten Einrichtung überhaupt nicht anwesend war und die Narkose frustran ausgeleitet werden musste.

Als „Seitenstück" sei hier auch der Fall erwähnt, dass ein Chirurg die laufende operative Behandlung eines Patienten unterbrochen hat, um in der Klinik ein Gespräch von letztlich 75-minütiger Dauer zu führen; währenddessen hat der Anästhesist die Narkose bei dem Patienten möglichst „flach" aufrecht erhalten.

Aus juristischer Sicht sind solche Gegebenheiten bzw. eine Organisation und/oder Verhaltensweisen, die dazu führen, inakzeptabel. Die erforderliche Narkosezeit resultiert aus entsprechender „Indikation". In unnötige Narkosezeit hat der Patient nicht eingewilligt. Und es muss unterstellt werden, dass er auf dahingehende Frage nicht einwilligen würde. Damit stellt sich unnötige Narkosezeit als rechtswidriger Eingriff in die körperliche Integrität eines Patienten dar.

1 Rechtsanwalt, Rechtsanwälte Ulsenheimer-Friederich, Berlin

Mithin drohen haftungs- und strafrechtliche Konsequenzen, welche es unter Etablierung adäquater Organisation im Zusammenwirken der beteiligten Fachgebiete zu unterbinden gilt.

Standard des Fachgebietes – Haftung

Aufgrund des Behandlungsvertrags schulden der Anästhesist wie der Operateur dem Patienten eine Behandlung nach dem Standard des Fachgebietes (vgl. § 630a Abs. 2 BGB; Entsprechendes gilt strafrechtlich). Eine sorgfaltspflichtgerechte „Heilbehandlung" erfordert eine zugrunde liegende Indikation. Infolgedessen entspricht es nicht der einzuhaltenden Sorgfalt, wenn Narkosen unnötig früh eingeleitet, unnötig lange aufrechterhalten oder unnötig unterbrochen werden. Entsprechende Fallkonstellationen haben sogar zu staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren und Verurteilungen geführt.

Die haftungs-/strafrechtliche Verantwortung liegt im Ausgangspunkt zwar beim Operateur, sofern eine unnötige Narkosezeit aus seinem Verhalten resultiert. Er wäre entlastet, wenn er sich in einer Art Pflichtenkollision befunden hätte, in der er sich mehreren gleichwertigen Pflichten ausgesetzt sah und nicht allen Pflichten rechtzeitig nachkommen konnte. Dies wäre etwa der Fall bei einem plötzlich zu versorgenden Notfall, wenn nicht auf andere Weise Abhilfe geschaffen werden kann. Allein die Tatsache, dass er z. B. aufgrund der Verkehrslage nicht rechtzeitig in der Klinik erscheint, entlastet ihn nicht.

Aber auch der Anästhesist muss mit juristischen Konsequenzen rechnen, wenn er die Narkoseeinleitung durchführt, ohne Gewissheit zu haben, dass der Operateur die ihm obliegende Behandlung des Patienten unverzüglich aufnimmt.

BGH: Präsenz im OP-Saal?

Der BGH hat sich vor einigen Jahren auch dazu geäußert, wann mit der Narkoseeinleitung begonnen werden darf. In dem vom BGH entschiedenen Fall ging es um Schadensersatzansprüche aufgrund einer Nachoperation zur Stillung von Blutungen nach einer Mandelentfernung. Die Patientin bzw. deren Krankenversicherung erhob unter anderem den Vorwurf, dass der Anästhesist mit dem Beginn der Narkose hätte abwarten müssen, bis der Operateur im Operationssaal anwesend ist. Denn es handelte sich bei der Patientin um eine Risikopatientin, bei der mit Komplikationen hätte gerechnet werden müssen. Der Operateur befand sich - wie dem Anästhesisten bekannt war - noch in der Umkleideschleuse.

Gutachterlich beraten sah das OLG München (Urteil vom 22.01.2009, Az. 1 U 2357/06) darin keinen Behandlungsfehler und führte in den Entscheidungsgründen aus: *„Beide gerichtlichen Gutachter haben sich in dieser Frage übereinstimmend gegen die Argumentation der Klägerin ausgesprochen und einen Behandlungsfehler verneint. Professor Dr. P. hat… darauf verwiesen, es sei tägliche Praxis, mit der Anästhesie zu beginnen, wenn der Operateur im OP-Bereich (hier: Umkleideschleuse) sei. Angesichts der kurzen Distanz zwischen Schleuse und OP-Saal hatte Professor Dr. P. keine fachlichen Bedenken gegen den Beginn der Anästhesie durch die Beklagten zu 2) (= Anästhesist) ohne die persönliche Anwesenheit von Dr. R. (= Operateur), nachdem sich die Beklagten zu 2) unmittelbar zuvor durch Rückfrage der Anwesenheit des Operateurs in der Umkleide versichert hatten (so ihre eigenen glaubwürdigen Angaben sowie die Bestätigung durch die Zeugen M. und B.) Professor Dr. R. sah es ebenfalls nicht als abweichend vom Facharztstandard an, mit der Narkose zu beginnen, bevor der Operateur persönlich anwesend ist".* Beide Gutachter hielten es *„für vertretbar und ausreichend, dass der Operateur nach Informationen der Beklagten zu 2) nur wenige Meter entfernt im OP-Trakt war und mit seiner Anwesenheit bei Bedarf gerechnet werden konnte. Beide Gutachter verwiesen darauf, dass die Beklagte zu 2) berechtigterweise davon ausgehen konnte, dass der Operateur innerhalb kürzester Zeit präsent ist, wenn er benötigt wird, und dass Dr. R. in der Tat im entscheidenden Zeitpunkt, nämlich als die Koniotomie anstand, im Saal anwesend ist".*

Diese Ausführungen hielten der revisionsrechtlichen Überprüfung durch den BGH stand. In seinem Urteil vom 20.09.2011 (Az. VI ZR 55/09) stellt der BGH die Bewertungen des OLG nicht infrage, *„das Behandlungsgeschehen von Beginn der Anästhesie bis zur Koniotomie sei als fachgerecht und fehlerfrei zu beurteilen. Es sei insbesondere nicht fehlerhaft gewesen, dass die Beklagte zu 2) die Narkose eingeleitet habe, obwohl weder ein zweiter Anästhesist noch der Operateur im Operationssaal anwesend gewesen seien. Zwar habe es sich um eine ausgesprochene Risikokonstellation gehandelt, da die Patientin adipös und nicht nüchtern gewesen und wegen der Blutansammlung im Nasen-Rachen-Raum mit unübersichtlichen Verhältnissen zu rechnen gewesen sei. Nach dem in Deutschland geltenden Standard muss jedoch auch in einer solchen Risikokonstellation kein zweiter Anästhesist anwesend sein. Der Operateur sei nur wenige Meter entfernt im OP-Trakt gewesen, sodass mit seiner Anwesenheit bei Bedarf habe gerechnet werden können."*

Demnach kann bei Anwesenheit des Operateurs im OP-Bereich, konkret in der Umkleideschleuse, die Narkoseeinleitung grundsätzlich erfolgen. Anderenfalls kann nicht „mit seiner Anwesenheit bei Bedarf" gerechnet werden.

Versicherungsschutz

Auch im Hinblick auf den Haftpflichtversicherungsschutz sollte nicht vorzeitig mit der Narkoseeinleitung begonnen werden. Denn nach den Allgemeinen Haftpflichtversicherungsbedingungen (AHB) besteht Versicherungsschutz für die gesetzliche Haftpflicht aus Behandlungen, die in der Heilkunde anerkannt sind. Die vorzeitige Einleitung einer Narkose ohne zeitlich adäquat anstehende operative Behandlung erachtet der Versicherer dann möglicherweise als besonders gefahrdrohenden Umstand nach Ziff. I Nr. 24 AHB und begründet eine Obliegenheitsverletzung, sodass der Versicherungsschutz u. U. entfällt.

WHO-Checkliste

Die Helsinki-Deklaration sieht unter Ziff. 4 vor, dass alle Einrichtungen die

WHO-Checkliste anwenden sollen[2]. Das Team-Time-Out kann aber nur durchgeführt werden, wenn das anästhesiologische und das operative Team anwesend sind. Auch dies ist ein weiteres Argument dafür, erst dann die Narkose einzuleiten, wenn der Anästhesist jedenfalls mit einem anstehenden Hinzutreten des Operateurs rechnen darf.

Im Hinblick auf die Patientensicherheit und zur Vermeidung von haftungs-/strafrechtlichen Konsequenzen sollte also nicht voreilig mit der Narkose begonnen werden. Immerhin benötigt die Narkoseeinleitung nicht so viel Zeit, dass es hier zu erheblichen Verzögerungen im OP-Ablauf kommen würde.

Geburtshilfliche PDA und Aufklärung

Dr. iur. E. Biermann, Nürnberg

OLG Sachsen-Anhalt Urt. v. 06.02.2014 Az.: 1 U 45/13[3]

Das ist unstrittig: Eine PDA zur Geburtserleichterung bedarf der Einwilligung der Schwangeren. Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass die Einwilligende über die Einwilligungsfähigkeit verfügt, d. h. über die *„natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu Art, Notwendigkeit, Bedeutung, Folgen und Risiken einer Behandlung."* Eine wirksame Einwilligung setzt zudem, soweit der Patient nicht auf nähere Aufklärung verzichtet hat, eine adäquate Information des Patienten über die genannten Umstände voraus. Zu den aufklärungspflichtigen Risiken bei einer geburtshilflichen PDA gehören nicht nur die Risiken für die Schwangere, sondern auch die für das Kind, darunter das Risiko einer Bradykardie und deren mögliche Konsequenzen, worauf das OLG Sachsen-Anhalt hinweist: *„Die Aufklärung über so schwerwiegende Risiken wie die Querschnittslähmung machte… den Hinweis auf die Bradykardie sicher nicht entbehrlich. Denn all die im Aufklärungsbogen genannten Risiken bezogen sich auf die Person der Klägerin (Anmerkung: die Schwangere), nicht aber auf das erwartete Kind. Da die Mutter aber die Sachwalterin des Kindes ist, musste sie auch über die beim Kind möglicherweise eintretenden Folgen unterrichtet werden. Denn nur dann konnte sie abwägen, ob sie ihren oder den Interessen des Kindes die Priorität einräumt."*

Die Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Berufsverband der Frauenärzte[4] sieht unter 2.2.2. folgendes vor: *„Anamneseerhebung, notwendige Voruntersuchungen und Aufklärung bezüglich eines geplanten oder möglicherweise erforderlich werdenden Anästhesieverfahrens sollten bereits im Rahmen der Schwangerenberatung erfolgen. Prinzipiell ist der Anästhesist für die Aufklärung über diejenigen Verfahren zuständig, die er durchführt. Aus organisatorischen Gründen kann jedoch die Information der Patientin über die anästhesiologischen Möglichkeiten der Geburtserleichterung zweckmäßigerweise bereits in der Schwangerschaftsberatung durch den Geburtshelfer erfolgen."*

Letzteres setzt allerdings konkrete Absprachen mit den Geburtshelfern voraus, denn die organisatorischen Anforderungen, die der Bundesgerichtshof (BGH) schon bei der (zulässigen) Delegation der Aufklärung innerhalb einer Fachabteilung fordert[5], gelten – neben dem einzuhaltenden Facharztstandard auch bezüglich der Aufklärung, die der fachübergreifenden Aufklärung Grenzen setzt, ohne sie haftungsrechtlich zu verbieten – erst recht, wenn fachübergreifend aufgeklärt werden soll.

Aber die Erfahrung zeigt, dass von diesen Möglichkeiten nicht immer Gebrauch gemacht wird. Wenig hilfreich sind in diesem Zusammenhang Äußerungen der Rechtsprechung, im Rahmen der Geburtshilfe sei eine Aufklärung „auf Vorrat" nicht verpflichtend – also weder über die Schnittentbindung noch etwa über Methoden der Schmerzausschaltung, wie etwa der PDA –, soweit noch keine konkreten Anhaltspunkte für deren Notwendigkeit im konkreten Fall erkennbar sind. Dieser Hinweis könnte zu dem Irrtum verleiten, dass eine frühe Information der Schwangeren über die verschieden Entbindungsmethoden und die Methoden der Schmerzausschaltung, die erfahrungsgemäß später in der konkreten Geburtssituation erforderlich werden können, auch fachlich und rechtlich nicht wünschenswert sei. Das Gegenteil ist der Fall. Denn rechtlich werden die später möglicherweise erforderlichen Maßnahmen umso eher gerechtfertigt sein, je mehr Informationen die Schwangere im Voraus erhielt. Der Einwand, Schwangere würden bei einer damit verbundenen Information auch über Risiken der Methoden der Schmerzausschaltung eher abgeschreckt, ist zumindest dann unzutreffend, wenn die Schwangere zugleich auf die besonders sorgfältige Überwachung und die guten Therapieoptionen bei möglichen Komplikationen hingewiesen wird. Was aber ist zu tun, wenn diese Informationen im konkreten Fall nicht vermittelt werden konnten? Nicht selten wird der Anästhesist, z.B. im Bereitschaftsdienst, zu einer Schwangeren gerufen, bei der unklar ist, ob und inwieweit sie aufgeklärt wurde oder ob sie in der konkreten Situation noch in der Lage wäre, einem Aufklärungsgespräch zu folgen.

2 https://www.patientensicherheit-ains.de/deklaration/deutsch.html
3 GesR 2015, 99–101
4 https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/536-eev-2011-s-19-24/file.html
5 Biermann E, Weis E: Risikoaufklärung: BGH verschärft Organisationspflichten, BDAktuell JUS-Letter September 2007. Anästh Intensivmed;48:485–487
6 https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/540-eev-2011-s-183-190/file.html
7 Biermann E, Weis E: Zeitpunkt der Aufklärung bei Notfällen, BDAktuell JUS-Letter Juni 2008. Anästh Intensivmed 2008;49:355–356

In der Vereinbarung zur Durchführung von Analgesie- und Anästhesieverfahren in der Geburtshilfe[6] wird erläutert: *„Aufklärung in der Geburtshilfe: Bei Regionalanalgesieverfahren zur Entbindung ist eine Aufklärung entsprechend der Vereinbarung der anästhesiologischen und gynäkologischen Fachgesellschaften und Berufsverbände bereits im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge wünschenswert… Hat eine Schwangere dieses Angebot nicht wahrgenommen, so ist im Einzelfall ärztlich abzuwägen, ob sie trotz Wehentätigkeit in der Lage ist, einem Aufklärungsgespräch zu folgen… Das Ergebnis sollte festgehalten werden. Erleichternd für die Aufklärungsverpflichtung ist in dieser Situation eine medizinische Indikationsstellung für das Regionalanästhesieverfahren, z.B. durch den Geburtshelfer."*

Die Frage, ob eine Aufklärung zu diesem Zeitpunkt, auch wenn die Schwangere einwilligungsfähig sein sollte, überhaupt noch rechtzeitig oder unter Notstandsgesichtspunkten erlaubt ist[7], mag hier unerörtert bleiben. Richtig ist aber, dass Schmerzempfinden etwas sehr Subjektives und die Frage, inwieweit es die Einwilligungsfähigkeit im konkreten Einzelfall beeinflusst, ärztlich zu beurteilen ist. Doch es bleibt ungewiss, inwieweit in einem möglichen Haftungsfall ein Sachverständiger und ihm folgend das Gericht die Einschätzung des Arztes über die Einwilligungsfähigkeit der Schwangeren im Nachhinein teilen werden.

Im Fall des OLG Sachsen-Anhalt war die Schwangere im Vorfeld nicht über die Methoden der Schmerzausschaltung informiert worden; ob sie unter der Geburt die PDA wünschte, war unklar. In jedem Fall war sie, so stellte das OLG Sachsen-Anhalt fest, unter der Geburt einwilligungsunfähig, weil es, wie der Sachverständige ausführte, *„auf der Hand liegt, dass die Klägerin (Anm.: die Schwangere) unter der Geburt mit Sicherheit in einen Zustand geriet, der es ihr nicht mehr erlaubte, einem Aufklärungsgespräch zu folgen und das Für und Wider eines Eingriffs abzuwägen…"*

Und nun? Die Anlage der PDA verweigern und nach anderen Wegen der Schmerzausschaltung suchen? Nicht nötig, wenn man der Meinung des OLG Sachsen-Anhalt folgt, dass auf den Rechtfertigungsgrund der mutmaßlichen Einwilligung zurückgegriffen werden darf: *„Kann die Mutter unter der Geburt nicht mehr über das Legen einer PDA entscheiden, ist für die Rechtfertigung des Eingriffs der mutmaßliche Wille der Patientin ausschlaggebend… Die Geburt konnte nicht unterbrochen werden, um die Einwilligung der Klägerin einzuholen, worauf der Sachverständige zutreffend aufmerksam machte. Die Geburtshelfer… mussten deshalb sorgfältig prüfen und beurteilen, wie sich eine verständige Gebärende in der Situation der Klägerin entschieden hätte… Dabei ist ihnen kein Fehler unterlaufen. Die Klägerin hätte die PDA gebilligt. Der maßgebliche Umstand hierfür ist die bereits oben angesprochene vitale Indikation der PDA, wie sie der Sachverständige… bejaht hat. Wollte man der erschöpften und… teilweise ohnmächtigen und nicht mehr ansprechbaren Klägerin die Chance auf eine natürliche Geburt erhalten, musste versucht werden, die Schmerzen zu lindern. Hierfür war die PDA die Methode der Wahl, auch wenn sie, wie der Sachverständige erläuterte, nicht ohne Risiko ist. Es überwiegt nach Feststellungen des Sachverständigen bei weitem der Nutzen. Dass sich mit der Bradykardie des Kindes ein sehr seltenes, aber auch beherrschbares Risiko verwirklichen könnte, steht einer in der Situation der Klägerin vernünftigen Entscheidung für die PDA nicht entgegen. Davon durften sich die Ärzte und Hebammen der Beklagten leiten lassen. Gerade in einer Geburtssituation können an die Ermittlung des mutmaßlichen Willens keine allzu strengen Anforderungen gestellt werden…"*

Ob und inwieweit der Bundesgerichtshof (BGH), der sich zur geburtshilflichen PDA, soweit ersichtlich, noch nicht äußern musste, diese Auffassung teilen würde, lässt sich nicht vorhersagen. Wer vorsichtig verfahren will, wird sich deshalb in jedem Fall den Empfehlungen des Fachgebietes folgend gemeinsam mit den Geburtshelfern um eine – im Mutterpass dokumentierte – Information der Schwangeren über die Methoden der Schmerzausschaltung unter der Geburt im Laufe der Geburtsvorbereitungen bemühen.

Patienteninformation zur Behandlung auf der Intensivstation

Die Diskussionen um die Sinnhaftigkeit intensivmedizinischer Maßnahmen gerade in Zeiten von COVID-19, verbunden mit dem medial verbreiteten Hinweis, die eigene Patientenverfügung in Bezug auf das Gewünschte kritisch zu prüfen, gibt Anlass, auf den neuen, gerade erschienenen Informationsbogen (Patienteninformationen zur Behandlung auf der Intensivstation, https://thieme-compliance.de/fileadmin/user_upload/Aufklaerungsboegen/ITS_de-DE.pdf) hinzuweisen. Er kann Patienten und Vorsorgebevollmächtigten/Betreuern im Gespräch mit den Ärzten in einer aktuellen Situation helfen, intensivmedizinische Behandlungsformen zu verstehen, Chancen und Risiken abzuwägen sowie die erforderlichen Entscheidungen zu treffen und darüber hinaus auch bei der antizipierten Festlegung des vom Patienten für bestimmte Behandlungssituationen Gewünschten, z.B. bei der Abfassung von Patientenverfügungen, Hilfestellungen geben.

Unter **www.bda.de** finden Sie viele Informationen zum Thema COVID-19
aus den Bereichen Medizin, Recht, Finanzen und Politik.