

# Closed Claims

## **Risk-Management – praxisnah und kompakt**

*Risikomanagement, Fehlerkultur, Risikoanalysen – diese Begriffe sind zur Zeit in aller Munde. Letztlich soll damit die Patientensicherheit verbessert werden. Doch was nutzt die „graue Theorie“ – am besten lernt man in bzw. aus der Praxis. Deshalb wird in der neuen Rubrik "Closed Claims" in loser Reihenfolge über abgeschlossene Schadensfälle berichtet. Die juristischen Aspekte werden dabei ebenso beleuchtet wie die fachlichen Standards und die versicherungsrechtlichen Erwägungen bei der Schadensregulierung. Mit der Analyse der Closed Claims wollen wir Sie für Gefahrenquellen sensibilisieren und so die Patientensicherheit verbessern.*

### **Hypoxischer Hirnschaden nach HNO-Operation**

Insbesondere größere Operationen erfordern eine frühzeitige und intensive Abstimmung zwischen Operateur und Anästhesist.

#### **Der Fall:**

Der ca. 40-jährige Patient mit BMI von 39 leidet unter starkem Schnarchen und Atemstörungen (Apnoen) mit dramatisch niedriger Sauerstoffsättigung. Er unterzieht sich daher einer Operation zur Korrektur der Atemwege im Bereich von Zunge, Gaumen und Mandeln. Dieser äußerst komplexe Eingriff wird in einer Belegklinik durchgeführt, die weder über die erforderliche apparative Infrastruktur noch über eine Intensivstation verfügt. Eine Abstimmung über die Details des in dieser Klinik erstmals durchgeführten Eingriffs zwischen Belegoperator und dem hinzugezogenen niedergelassenen Anästhesisten erfolgt nicht.

Der Anästhesist sieht den Patienten erstmalig am Operationstag, die Vorbereitung war durch einen Kollegen erfolgt. Jetzt erst erfährt der Anästhesist von dem HNO-Arzt das konkrete Ausmaß der geplanten Operation. Nach einem mehr als 3½-stündigen Eingriff wird extubiert, die Atemmonitore werden abgeschaltet. In dieser Situation kommt es zu einer massiven Einblutung und Schwellung im Rachenbereich und Atemnot mit Ersticken. Die Reintubation misslingt wiederholt, der Anästhesist veranlasst dennoch keinen Luftröhrenschnitt.

Infolgedessen bleibt der Patient etwa 15 Minuten ohne Sauerstoffversorgung und erleidet eine schwere cerebrale Schädigung.

Der Patient verklagte die beiden Ärzte auf Zahlung von Schmerzensgeld und Schadensersatz (inkl. Pflegekosten i.H.v. 10.000 €/mtl. und Verdienstausschlag) in Höhe von insgesamt fast 10 Mio. €.

#### **Die Analyse aus Sicht des Juristen<sup>1</sup>**

Die Rechtsprechung fordert eine Behandlung nach dem sog. Facharztstandard. Dies setzt nicht nur die entsprechende personelle, sondern auch apparative Infrastruktur voraus. Damit jeder Fachvertreter dies aus seiner Sicht prüfen kann, ist eine rechtzeitige präoperative Kommunikation notwendig. In den Vereinbarungen zwischen den Fachgebieten ist vorgesehen, dass der Operateur den Anästhesisten zum frühestmöglichen Zeitpunkt über den beabsichtigten Eingriff zu unterrichten hat. Nur so hat der Anästhesist die Möglichkeit, dem Operateur mögliche Kontraindikationen rechtzeitig mitzuteilen.

#### **Weiterführende Informationen**

Vereinbarung des BDA und des BDC über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung, Anästh Intensivmed 1982, S. 403 ff., [www.bda.de](http://www.bda.de)

Insofern ist es – von Notfällen abgesehen – unzureichend, wenn der Operateur dem Anästhesisten erst bei den OP-Vorbereitungen das tatsächliche Ausmaß des operativen Eingriffs und die daraus resultierende postoperative intensivmedizinische Versorgungsnotwendigkeit mitteilt. Spätestens jetzt hätte der Anästhesist, der erkennt, dass mit den Mitteln vor Ort keine ausreichend sichere Versorgung stattfinden kann, die Durchführung des Betäubungsverfahrens ablehnen müssen, auch wenn dies zu mehr als nur „atmosphärischen Störungen“ mit dem Operateur geführt hätte.

### Die Analyse aus Sicht des Sachverständigen<sup>2</sup>

Bei dem tragischen Verlauf handelt es sich um eine Mischung zwischen einem schicksalshaften Ereignis, bedingt durch die kritische Ausgangslage des Patienten und einer Komplikation des Eingriffs in Gestalt einer akuten Atemwegsverlegung, verursacht durch Schleimhautschwellungen im OP-Gebiet, die nicht rechtzeitig beherrscht wurden.

Nach der langen und umfangreichen Operation im Oropharynx war mit einer Schwellung des Gewebes zu rechnen. Mit der Extubation wurde der sichere Atemweg durch das geschwollene Gewebe des Oro-/Hypopharynx aufgegeben, so dass nun durch das ödematös geschwollene Gewebe eine Verlegung der Luftwege möglich ist. In dieser Situation ist – außer man verwendet ein Cook'sches Rohr - eine Reintubation durch das verschwollene, diffus blutende Operationsgebiet auch für einen erfahrenen Anästhesisten außerordentlich schwierig bis unmöglich. Es müssen unverzüglich Notmaßnahmen ergriffen werden, um den Patienten mit Sauerstoff zu versorgen. Bei diesem nicht beherrschbaren Problem der oberen Atemwege sind unverzüglich chirurgische Maßnahmen zu ergreifen, um unterhalb der Atemwegsverlegung einen Zugang zur Trachea zu bekommen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum trotz unmittelbarer Anwesenheit des HNO-Arztes keine Notkoniotomie oder Nottracheotomie durchgeführt wurde und warum der HNO-Arzt diese Maßnahme nicht von sich aus initiiert hat. Für diese vorhersehbare Situation wurde nicht hinreichend Vorsorge getroffen.

### Die Entscheidung – „Im Namen des Volkes“<sup>3</sup>

Vorprozessual und gerichtlich eingeholte Gutachten bestätigen erhebliche, insbesondere dem Operateur anzulastende Kommunikationsmängel bei Vorbereitung und Durchführung des Eingriffs in dem hierfür weder apparativ noch personell geeigneten Belegkrankenhaus sowie Fehler des Anästhesisten.

Problematisch war in diesem Fall, dass die beiden Ärzten jeweils nur mit einer Deckungssumme von 2,5 Mio € versichert waren und somit die vom Patienten geltend gemachten Forderungen in Höhe von fast 10 Mio. € bei weitem nicht abdeckten. Nach langen Verhandlungen – auch zur internen Haftungsverteilung – endet der Prozess durch einen Vergleich. Die Versicherer zahlten insgesamt 5 Mio € pauschal an den Patienten. Damit wurde eine der höchsten je in Deutschland geleisteten Entschädigungen gezahlt.

#### Take-Home-Message

- ☒ (Präoperative) Kommunikation zwischen Anästhesisten und Operateur ist unabdingbar
- ☒ Apparative Infrastruktur muss für den geplanten Eingriff geeignet sein
- ☒ Deckungssummen der Berufshaftpflichtversicherung prüfen und ggfs. anpassen

#### Autoren:

<sup>1</sup> Dr. iur. Elmar Biermann, Justitiar des BDA, Nürnberg

<sup>1</sup> Ass. iur. Evelyn Weis, Juristin und Versicherungsreferentin des BDA, Nürnberg

<sup>2</sup> Prof. Dr. med. Bernd Landauer, Präsident des BDA, Nürnberg

<sup>3</sup> Ass. iur. Anita Köllner, Heilwesen / Schadenabteilung RiskManagement, Versicherungskammer Bayern, München

<sup>3</sup> Ass. iur. Jürgen Müller, Abteilungsleiter Heilwesen / Schadenabteilung RiskManagement, Versicherungskammer Bayern, München