

Haftungsrechtliche Probleme beim ambulanten Operieren

Seit einigen Jahren erleben wir eine ungeheure Ausweitung ambulant durchgeführter Operationen. Dies liegt zum einen darin begründet, dass die rasante Entwicklung der Technik mit ihren endoskopischen und laparoskopischen Verfahren der minimal-invasiven Chirurgie neue Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie eröffnet hat. Zum anderen sorgt der finanzielle „Druck der leeren Kassen“, die Mittelknappheit in unserem Gesundheitssystem für eine breite politische, gesetzliche und medizinische Förderung des ambulanten Operierens, da diese Operationsmethode erhebliches Einsparpotenzial bietet. Hinzu kommt, dass die Patienten die kurze Liegezeit, die Beibehaltung des häuslichen Umfelds, die geringeren Schmerzen und andere Vorzüge des ambulanten Operierens sehr hoch schätzen und solche Operationen für „einen Klacks“ oder „völlig harmlos“ halten. Dabei unterschätzen sie aber die Risiken; denn von Seiten der Ärzte wird mit Recht immer wieder betont, der Begriff „minimal-invasiv“ sei irreführend. „Kleine Schnitte, große Gefahren“ heißt es dort häufig, und auch aus juristischer Sicht ist Vorsicht angebracht, wie viele Haftungsfälle auf diesem Gebiet in den letzten Jahren zeigen. Denn sowohl das endoskopisch-laparoskopische als auch das ambulante Vorgehen hat spezifische Gefahrenquellen und muss deshalb bestimmten rechtlichen Anforderungen genügen, die sich aus dem immer wieder betonten, unverrückbaren Kernsatz des Arzthaftungsrechts ableiten: Absolute Priorität vor allen anderen Erwägungen haben Schutz und Sicherheit des Patienten.

Aus haftungsrechtlicher Sicht geht es beim ambulanten Operieren im wesentlichen um vier Problemkreise:

1. die Sicherung der *Strukturqualität*, insbesondere des Facharztstandards, der Qualifikation des Assistenzpersonals, der räumlichen, apparativen sowie hygienischen und sonstigen organisatorischen Anforderungen,
2. die *Aufklärung* des Patienten (präoperativ und bezüglich seines Verhaltens nach dem Eingriff), also die sog. Risiko- und die therapeutische Aufklärung,
3. die Erfüllung der *prä- und postoperativen* Pflichten des Arztes,
4. die ordnungsgemäße *Dokumentation*.

Der „Facharztstandard“ im Sinne von „Facharztqualität“

Der Patient hat – so die ständige Rechtsprechung – stets Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, die dem Standard eines erfahrenen Facharztes entspricht. Dementsprechend heißt es in § 13 des am 22.3.1994 zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen dreiseitigen Vertrages (nach § 115b Abs. 1, 3 SGB V):

— **Ambulante Operationen werden nach Facharztstandard erbracht. Danach sind ambulante Operationen nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen.**

Da der Standard, d. h. die in der ärztlichen Praxis und Erfahrung bewährte, wissenschaftlich abgesicherte Behandlungsmethode, eine dynamische, in die Zukunft gerichtete Komponente enthält, unterliegen die ärztlichen Diagnose- und Therapieverfahren durch die Entwicklung neuer Techniken und die Einarbeitung neuer Forschungsergebnisse einem ständigen Wandel, und zwar sowohl im Hinblick auf ihre breite Akzeptanz als auch hinsichtlich ihrer medizinisch-rechtlichen Anerkennung als „Standard“ [1]. Dabei gilt der Grundsatz der *Therapiefreiheit*, d. h. die Wahl der Behandlungsmethode ist primär Sache des Arztes, allerdings mit der einschränkenden Verpflichtung, unter mehreren medizinisch anerkannten Vorgehensweisen stets diejenige zu wählen, die das geringste Risiko für den Patienten mit sich bringt. Das Eingehen eines höheren Risikos muss deshalb in den besonderen Sachzwängen des konkreten Falles oder in einer günstigeren Heilungsprognose seine sachliche Rechtfertigung finden. Insoweit besteht allseits Übereinstimmung.

Begriff „Facharzt“

Klärungsbedürftig ist jedoch, ob der Begriff „Facharzt“ entsprechend dem – missverständlichen – Urteil des Bundesgerichtshofs vom 10.3.1992 *im formellen Sinne* als geprüfter Inhaber eines entsprechenden Zeugnisses zu verstehen ist oder ob mit „Facharzt“ ein *materielles* Kriterium gemeint ist, nämlich die *Facharztqualität*, also der Wissens- und Erfahrungsstand z. B. eines „Arztes für Chirurgie“ oder „Urologe“. Für den niedergelasse-

nen Bereich ist diese Frage praktisch kaum von Bedeutung, da dort meist nur Fachärzte tätig sind. Anders ist die Situation in Krankenhäusern, wo viele Nicht-Fachärzte die Patienten behandeln. Diesbezüglich hat Steffen, der ehemalige Vorsitzende Richter am BGH, inzwischen klargestellt: In jedem Falle ist die Assistenz oder unmittelbare Aufsicht eines Arztes mit *formaler* Facharztanerkennung erforderlich, wenn Anfänger operieren. Hier muss der überwachende Arzt Facharzt im *formellen* Sinne sein. Ansonsten kommt es auf die berufliche Qualifikation des Operateurs, also den Stand seiner spezifischen Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen im Zeitpunkt der Behandlung, bezogen auf den jeweiligen Eingriff an. Die Gerichte betonen ausdrücklich, der fachärztliche Standard könne auch „ohne die ständige persönliche Anwesenheit eines Facharztes“ gewährleistet werden, wenn der Operateur für den konkreten Eingriff das notwendige theoretische Wissen besitzt und in der Lage sei, die erforderlichen operationstechnischen Kenntnisse in der Praxis umzusetzen.

Der medizinische Standard betrifft zum einen das ärztliche Wissen und Können, zum anderen aber auch die räumlich-apparative und insbesondere personelle Ausstattung der Klinik oder Praxis bzw. des „Ambulatoriums“, kurz die „Strukturqualität“ des Eingriffs.

Sorgfaltspflichtverstöße

Sorgfaltspflichtverstöße in diesem Bereich haben unter dem Aspekt der Haftung für Organisationsmängel in der Judikatur zunehmende Bedeutung erlangt. Unter dem Gesichtspunkt der unzureichenden personellen Besetzung, ungenügender apparativer Ausstattung oder mangelnder Abstimmung trifft diese zivil- und strafrechtliche Haftung sowohl den Krankenhausträger bzw. den oder die Verantwortlichen persönlich als auch kraft ihrer Organisationsverantwortung die leitenden Abteilungsärzte bzw. den Vertragsarzt, der das „Ambulatorium“ oder die sonstige Einrichtung für ambulantes Operieren betreibt.

Fall 1

Bei einer ambulant durchgeführten Operation wegen eines Postdissektomie-Syn-

droms wurde der Patient in Bauchlage nicht auf dem Operationstisch fixiert und nur in einen Dämmer Schlaf versetzt. Gegen Ende der Operation trat der Anästhesist vom Tisch weg, um im Nebenraum ein Medikament zur Blutdrucksenkung zu holen. Gleichzeitig trat der Operateur zur Seite, um den Bildwandler zu bedienen, und zeitgleich verließ auch die OP-Schwester den Patienten. Genau in diesem Augenblick bäumte sich der noch unzurechnungsfähige Patient auf und fiel vom Tisch. Dabei zog er sich eine Schädelfraktur mit einem subduralen Hämatom und zusätzlich einen Hirninfarkt zu, in dessen Folge er ein Jahr später starb.

Das anästhesiologische Fachgutachten rügte zum einen die mangelnde Dokumentation der Lagerung und Lagerungskontrolle, zum anderen die fehlende schriftlich fixierte interdisziplinäre Vereinbarung zwischen Operateur und Anästhesist sowie vor allem die mangelnde Koordinierung in der Zusammenarbeit der Beteiligten (Chirurg, Anästhesist sowie OP-Schwester). Nach Ansicht des Gutachters haben beide fachärztlichen Partner während des Behandlungsprozesses die kontinuierliche persönliche Überwachung des Patienten vernachlässigt, obwohl sie wissen mussten, dass der Patient nicht fixiert war und durch seinen Dämmer Schlaf jederzeit aufwachen konnte. Dieser Organisationsfehler wurde in erster Linie dem Anästhesisten angelastet, gegen den aufgrund seiner übergeordneten Aufsichtspflicht ein Strafbefehl erging, während das Verfahren gegen den Chirurgen und die OP-Schwester gegen Zahlung einer Geldauflage eingestellt wurde.

Fall 2

Nach einer in Vollnarkose durchgeführten Laparoskopie, die komplikationslos verlief, kam die Patientin in den Aufwachraum, wo sie nach etwa einer Stunde einen Blutdruckabfall erlitt. Da der Hämoglobinwert extrem erniedrigt war, vermutete man die Verletzung eines größeren Blutgefäßes und verständigte den Notarzt, der die Patientin in ein Krankenhaus verlegte. Während der dort vorgenommenen Operation kam es wiederholt zu Herzstillständen, doch überlebte die Patientin.

Im Rahmen des Zivilprozesses führte das OLG Düsseldorf aus, die Patientin sei

im Aufwachraum ansprechbar und von den Nachwirkungen der Anästhesie nicht mehr beeinträchtigt gewesen. Die Überwachungspflicht habe sich ausschließlich wegen des Risikos einer Nachblutung oder einer Verletzung sonstiger Organe ergeben, zwei Aspekte, die grundsätzlich in den Verantwortungsbereich des Operateurs fielen. Da keine besonderen und ausdrücklichen Anweisungen für die postoperative Betreuung der Patienten in der Gemeinschaftspraxis bestanden, bejahte das OLG einen „grundlegenden Organisationsmangel“, der in erster Linie den verantwortlichen Operateur treffe. Die Tatsache, dass die Anästhesistin gewisse Kontrollmaßnahmen durchgeführt und dokumentiert habe, stelle den Operateur nicht von seiner Verpflichtung frei, seinerseits eine funktionierende Überwachung zu gewährleisten [2].

Fall 3

Bei einem Patienten und einer Patientin werden unabhängig voneinander im Aufwachraum weder ein EKG noch ein Pulsoxymeter angeschlossen. In beiden Fällen wurde die entstandene Ateminsuffizienz nicht erkannt. Es kam zu einem hypoxischen Herzstillstand mit den Folgen eines apallischen Syndroms und eines unmittelbar danach tödlichen Verlaufes.

Fall 4

In einem Aufwachraum wird ein Kind nach einem kleinen ambulant durchgeführten Eingriff (Ohrkorrektur) ohne Pulsoxymeter und ohne EKG postoperativ einem Angehörigen zur Überwachung übergeben. Als dieser merkt, dass mit dem Kind „etwas nicht stimmt“, ruft er über eine Alarmklingel das Krankenpflegepersonal. Die herbeigeeilten Ärzte und Krankenpfleger stellen einen Herzstillstand fest. Das Kind ist apallisch.

Fall 5

Ein Patient wird ohne Überwachung durch ein Pulsoxymeter oder ein EKG nach der Operation sofort auf die Tagesstation verlegt. Wenige Minuten später merkt der neben ihm liegende Patient, dass sein Nachbar „blau“ geworden ist. Als die herbeigerufenen Anästhesisten eintreffen, ist der Patient klinisch bereits tot. Die sofort eingeleiteten Wiederbele-

Hier steht eine Anzeige
This is an advertisement



Springer

(175 x 240 mm)

maßnahmen bringen keinen Erfolg mehr.

Postoperative Phase

Besonders wichtig ist, wie man an den Beispielen sieht, die postoperative Phase, in der der Patient unter Aufsicht einer entsprechend ausgebildeten Pflegekraft bis zur Wiederherstellung seiner Schutzreflexe postoperativ verbleibt. Da der Patient in den ersten Stunden nach der Narkose einer *kontinuierlichen* Überwachung bedarf und in diesem Stadium die Gefahr des Eintritts einer Komplikation besonders groß ist, muss nicht nur eine speziell unterwiesene Pflegekraft, sondern auch der für die Anästhesie verantwortliche Arzt jederzeit sofort einsatzbereit zur Verfügung stehen [3]. Außerdem muss ein sofortiger Rückgriff auf die medizinische Infrastruktur eines Krankenhauses möglich sein, d. h. Notfallaufnahme und -behandlung, Konsiliarärzte, Labor u. a. Vorzuhalten sind ferner die für eine effektive Notfalltherapie erforderlichen Geräte und Medikamente.

Apparative Ausstattung

Bezüglich der apparativen Ausstattung hat der BGH allerdings anerkannt [4], dass „schon aus Kostengründen, anfangs möglicherweise auch wegen eines noch unzureichenden Angebots auf dem Markt, nicht sofort jede technische Neuerung von den Kliniken angeschafft werden kann“ und es daher „zwangsläufig zu Qualitätsunterschieden in der Behandlung von Patienten“ kommen muss, je nachdem, ob sie sich etwa in eine größere Universitätsklinik, eine personell und apparativ besonders gut ausgestattete Spezialklinik, in ein Krankenhaus der Allgemeinversorgung oder in ein privates Ambulatorium begeben. Allerdings muss ein noch *ausreichender medizinischer Sicherheitsstandard* bestehen, wie immer wieder betont wird. In Grenzen ist der medizinische Standard aber je nach den personellen und sachlichen Bedingungen verschieden.

Operateur

Allerdings ist bezüglich der Qualifikation des Operateurs eine Einschränkung zu

machen: Wer eine Tätigkeit übernimmt, der er mangels eigener persönlicher Fähigkeiten oder Sachkunde erkennbar nicht gewachsen ist, haftet aus dem Gesichtspunkt des *Übernahmeverschuldens*.

Im Hinblick auf die ambulante Operationsdurchführung bedeutet dies: Ein ambulant operierender Arzt muss nicht nur theoretisch-wissenschaftlich geschult, sondern auch praktisch erfahren in Bezug auf die ambulante Vornahme des konkreten Eingriffs sein und dessen mögliche Komplikationen, Gefahren und Risiken unter ambulanten Bedingungen kennen bzw. erkennen können.

Dringend zu fordern ist daher eine Spezialisierung der Operateure. Ambulantes Operieren ist kein „Versuchsgebiet“ für Ärzte und Krankenhäuser, die Erfahrung und Routine sammeln wollen, sondern setzt hohes Verantwortungsbewusstsein, eine perfekte Organisation, Beherrschung der Operationsmethode und erhebliche Erfahrungen bei intra- und postoperativen Zwischenfällen voraus.

Im Regelfall ist die Übernahme der *Doppelverantwortung* für den Eingriff und die dazugehörige Narkose durch den Operateur *nicht* mit dem fachanästhesiologischen Standard vereinbar, da die erforderliche kontinuierliche Überwachung des Patienten und seiner Vitalfunktionen während der Anästhesie gewährleistet sein muss. Da Patientensicherheit vor Wirtschaftlichkeit geht, muss regelmäßig ein Anästhesist als zweiter Arzt hinzugezogen werden. Ist ein solcher nicht vorhanden, muss die Operation unterbleiben. Die mangelnde Verfügbarkeit eines Anästhesisten rechtfertigt keinesfalls, Abstriche an der ordnungsgemäßen anästhesiologischen Betreuung des Patienten vorzunehmen. Setzt sich der Operateur darüber hinweg und übernimmt gleichzeitig die Verantwortung für den Eingriff und die Narkose, trifft ihn der Vorwurf des *Übernahmeverschuldens*, wenn sich ein Zwischenfall ereignet, den ein erfahrener Anästhesist gemeistert hätte. Denn insofern muss er sich am fachärztlichen Standard eines Anästhesisten messen lassen [5].

Für das ambulante Operieren in der Praxis gelten keine niedrigeren Sicherheitsanforderungen in Bezug auf die personelle Besetzung des OP-Tisches sowie

die bauliche und apparative Ausstattung. Diese Umstände muss der Vertragsarzt daher sorgfältig prüfen. Denn auch insofern gilt der Grundsatz: Der Patient darf durch die ambulante Durchführung der Operation keinem größeren Risiko und keiner größeren Belastung ausgesetzt werden als bei Vornahme des Eingriffs unter Krankenhausbedingungen.

Der Operateur trägt die Verantwortung dafür, dass das Assistenzpersonal in genügender Zahl und Qualifikation zur Verfügung steht. Dazu gehört auch, dass bei Eingriffen in Narkose eine speziell unterwiesene Hilfskraft zur Verfügung steht, die bei der Anästhesievorbereitung, bei der Narkoseein- und -ausleitung, beim eventuellen Eintritt einer Komplikation, bei der intra- und postoperativen Patientenüberwachung und sonstigen Verrichtungen (Gabe von Medikamenten, Infusionen) assistiert.

Sind die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt, ist der notwendige Sicherheitsstandard gewahrt. Insofern ist klarzustellen: Die ambulante Durchführung eines Eingriffs ist nicht bereits als solche für den Patienten gefährlicher als die Vornahme der Operation unter stationären Bedingungen; mit anderen Worten: Der ambulant vorgenommene Eingriff stellt keineswegs eine im Vergleich zur stationär vorgenommenen Operation „grundsätzlich unterlegene Methode“ dar, weil etwa die „diagnostischen Möglichkeiten und das Reaktionspotential bei intra- und postoperativen Komplikationen abstrakt gesehen“ im Krankenhaus besser sind. Entscheidend ist vielmehr der konkrete Risikovergleich zwischen ambulanter und stationärer Durchführung, differenziert nach den unterschiedlichen Erscheinungsformen ambulanter Eingriffe in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen, Krankenhäusern oder sonstigen klinischen Einrichtungen.

Die Frage der Indikation zur ambulanten Operationsdurchführung, für die der Operateur zuständig ist, ist eine Einzelfallentscheidung, die von der Abwägung einer Vielzahl medizinisch-fachlicher und sozialer Aspekte sowie dem Willen des Patienten abhängig ist. Seine fehlende Einwilligung stellt selbstverständlich eine zwingende Kontraindikation dar. Andererseits dürfen aber weder ein etwaiger

Kostendruck, der auf dem Krankenhaus oder der Privatpraxis lastet, noch der bloße Wunsch des Patienten zu einer medizinisch nicht haltbaren, zu großzügigen Indikationsstellung verleiten.

Auch der umfangreiche, vertraglich vereinbarte Katalog ambulant durchführbarer Operationsleistungen trifft keine Aussage bezüglich der Indikation. Die Auflistung im Katalog bedeutet daher nicht, dass dieser Eingriff ambulant durchgeführt werden muss. Umgekehrt stellt die katalogmäßige Nichterfassung einer Operation für sich gesehen noch keine Kontraindikation dar, sondern führt lediglich dazu, dass die ärztliche Leistung nicht vergütet wird.

Aus haftungsrechtlicher Sicht bedeutet dies: Ebensowenig wie die Nennung einer Operation in dem vorerwähnten Katalog die zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit wegen mangelnder Indikation ausschließt, macht umgekehrt die ambulante Durchführung einer im Katalog nicht erwähnten Operation „schon aufgrund dieses Umstandes schadensersatzpflichtig“.

Aufklärung der Patienten

Von besonderer Brisanz ist aus rechtlicher Sicht beim ambulanten Operieren ferner die Frage der Aufklärung.

Bezüglich der sog. *Risiko-* oder *Eingriffsaufklärung* gelten die von der Rechtsprechung entwickelten allgemeinen Grundsätze mit folgender Akzentuierung bzw. Modifikation speziell für das ambulante Operieren:

Die Beratung hat das Für und Wider der stationären bzw. ambulanten Durchführung der Behandlung zu umfassen. Dies gilt zum einen, wenn nach dem gegenwärtigen Stand der medizinischen Wissenschaft die ambulante Behandlung ernsthaft als sinnvolle und praktikable Alternative in Betracht kommt, zum anderen aber auch in ganz besonderem Maße, wenn der Eingriff überwiegend stationär erfolgt und der Arzt zu den noch wenigen „Pionieren“ gehört, die seine ambulante Durchführung wagen.

Konkret muss der Arzt darlegen,

- welche intra- und postoperativen Risiken mit einer möglicherweise unter-

schiedlich zu wählenden Anlage des Eingriffs einhergehen können,

- dass sich bei ambulantem Eingriff intraoperativ die Notwendigkeit zur stationären Weiterbehandlung ergeben kann[6],

- welche höheren Risiken das ambulante Operieren vor allem in der postoperativen Phase wegen der geringeren ärztlichen bzw. pflegerischen Kontroll-dichte in sich birgt,

- welche Auswirkungen die ambulante Durchführung des Eingriffs auf die persönlichen Verhältnisse des Patienten und seiner Angehörigen aus wirtschaftlicher Sicht oder unter dem Aspekt einer mehrtägigen Betreuung zu Hause haben können,

- welche Bedingungen in fachlich-personeller, apparativ-technischer und anästhesiologischer Hinsicht bestehen,

- welche eingriffsspezifischen Risiken der endoskopischen bzw. laparoskopischen Methode innewohnen (z. B. Gefäßverletzung, Darmperforation),

- welche therapeutischen Schritte bei endoskopischen Eingriffen (z. B. am Kniegelenk) folgen können. Die mutmaßliche Einwilligung genügt für Erweiterungseingriffe (z. B. bei Kniegelenkspiegelung als diagnostische Maßnahme) oftmals nicht.

Zeitpunkt der Aufklärung

Auch der Zeitpunkt der Aufklärung spielt eine gewichtige Rolle. Denn der Patient muss stets Gelegenheit haben, „zwischen der Aufklärung und dem Eingriff das Für und Wider der Operation“, die Vor- und Nachteile der stationären bzw. ambulanten Durchführung zu bedenken und sich im Anschluss daran innerlich frei dafür oder dagegen zu entscheiden. Ihm ist also eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen.

In seiner Grundsatzentscheidung vom 14.6.1994 betont der BGH[7], auch bei einer ambulant ausgeführten Operation müsse der Arzt seinen Patienten rechtzeitig und in Ruhe über die Risiken aufklären. Ein Hinweis auf mögliche Komplikationen unmittelbar vor dem Eingriff auf dem Flur zum Operationssaal genüge nicht. In „normalen Fällen“ dürfe die Aufklärung noch am Tag der Operation erfolgen, doch sei darauf zu achten, dass der

Patient die erforderliche Bedenkzeit habe, um in Ruhe „hinreichend das Für und Wider“ des Eingriffs abwägen zu können. Der Patient dürfe nicht den Eindruck gewinnen, „sich nicht mehr aus einem bereits in Gang gekommenen Geschehensablauf lösen zu können“. Bei „größeren ambulanten Operationen mit beträchtlichen Risiken“ dürfte die Aufklärung am Tage des Eingriffs selbst sogar verspätet sein, betont der BGH in der zitierten Entscheidung.

Empfehlungen

Ein Aufklärungsgespräch kurz vor dem Eingriff genügt nur, wenn ein „Normalfall“ vorliegt und der Patient

- ausreichend vorinformiert ist,
- nicht schon sediert ist,
- nicht unter psychischem Druck steht,
- ausdrücklich die nachfolgende Operation wünscht.

Dies sollte man unbedingt schriftlich dokumentieren. Außerdem ist es ratsam, schriftliche Aufklärungsmerkblätter frühzeitig mitzugeben oder zuzuschicken!

Therapeutische Aufklärung

Neben der Risiko- oder Eingriffsaufklärung hat die Sicherungs- bzw. therapeutische Aufklärung beim ambulanten Operieren eine zentrale Bedeutung. Der Patient muss Hinweise, Anweisungen, Empfehlungen und Verhaltensmaßregeln für die postoperative Phase erhalten, damit Komplikationen vermieden und ein möglichst ungestörter Therapieverlauf gewährleistet wird. Konkret geht es hier um

- Vereinbarung und Einhaltung von Vorstellungsterminen,
- Beobachtung von Auffälligkeiten,
- erforderliche Mobilisation,
- Einhaltung der Hygiene,
- Empfehlungen zur Thromboseprophylaxe,
- Aufklärung über die Folgen ihrer Unterlassung,
- Benachrichtigung des Hausarztes oder Klinikarztes,
- bei Auftreten einer Komplikation um die Absprache von Hausbesuchen,

- Einschaltung von Pflege- und Hilfspersonen,
- Organisation der Heimfahrt,
- Aufklärung über die mangelnde Verkehrstüchtigkeit infolge der Nachwirkungen der Narkose,
- Diätinweise,
- Bedeutung der Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz.

Hier sind nur die wichtigsten Aspekte genannt.

Deshalb sind die Begleit- und/oder Betreuungspersonen des Patienten mit in die Sicherungsaufklärung einzubeziehen, da von ihrer Fähigkeit und Bereitschaft die Nachsorge entscheidend abhängt.

Prä- und postoperative Pflichten des Arztes

Für die Lösung der übrigen Probleme im prä- und postoperativen Bereich ist vor allem der bei arbeitsteiligem Zusammenwirken Mehrerer geltende *Vertrauensgrundsatz* heranzuziehen. Danach darf jeder an der Krankenbehandlung Mitwirkende sich darauf verlassen, dass der oder die anderen die ihm bzw. ihnen obliegenden Aufgaben mit den dazu erforderlichen Kenntnissen und der gebotenen Sorgfalt erfüllen. Nur wenn ausnahmsweise konkrete Umstände vorliegen, die Anlass zu Zweifeln oder Bedenken ergeben, ist der Vertrauensgrundsatz aufgehoben und die eigene Prüfungs-, Untersuchungs- oder Behandlungspflicht die Folge.

Über die *Eingriffsindikation* entscheidet der operierende Arzt, über die *Anästhesiefähigkeit* des Patienten der Anästhesist (sofern hinzugezogen), und zwar beide in eigener Kompetenz und Verantwortung. Im Falle eines Entscheidungskonflikts zwischen Operateur und Anästhesist hat die Letztentscheidung – damit aber auch Endverantwortung – der Operateur.

Der Operateur ist an den Auftrag einweisender oder überweisender Ärzte zur ambulanten Durchführung des Eingriffs nicht gebunden, d. h. seine Tätigkeit ist nicht „lediglich auf die technische Ausführung des Auftrages“ im Sinne eines „Werkzeugs ohne eigene Verantwortung“ begrenzt. Der Operateur bestimmt vielmehr nicht nur „in eigener Verantwortung

die Art und Weise der Leistungserbringung“ (z. B. ob der Eingriff ambulant durchführbar ist), „sondern er muss auch prüfen, ob die von ihm erbetene Leistung den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht und nicht etwa kontraindiziert ist“ [8].

Jeder Operateur sollte sich stets bewusst sein, dass *unzureichende Voruntersuchungen* und ungenügende Vorbereitungen sowie das Fehlen entscheidender Befunde oftmals die auslösende Ursache für Zwischenfälle oder nicht sofortige adäquate Reaktionen sind.

Präoperativ muss der Patient daher vom ambulant operierenden Arzt zu einer *Voruntersuchung* (und zweckmäßigerweise zur Aufklärung) einbestellt werden, wenn der vorbehandelnde Arzt keine Diagnose gestellt und keine Befunde erhoben hat. Anderenfalls muss der vorbehandelnde Arzt dem Operateur die für die ambulante Durchführung des Eingriffs nötigen Informationen (über präoperative Diagnostik, Indikationsstellung, die bisherigen Behandlungsmaßnahmen, das persönliche Umfeld) zukommen lassen. Denn Doppeluntersuchungen sollen nach Möglichkeit vermieden werden (s. auch § 4 des dreiseitigen Vertrages).

Zum Sachkomplex „Voruntersuchung“ gehört auch die Erforschung der häuslichen Verhältnisse und persönlichen Lebensumstände des Patienten. Ist dieser kritiklos und uneinsichtig, lebt er allein ohne Möglichkeit häuslicher Pflege durch Ehepartner, Angehörige, Freunde oder Bekannte, ist die ambulante Vornahme des geplanten Eingriffs kontraindiziert.

Der Operateur darf im Rahmen kritischer Prüfung der Patientenunterlagen der Diagnose und den Therapieempfehlungen des vorbehandelnden Arztes folgen. Sind jedoch offensichtliche Fehler oder Umstände erkennbar, die insoweit Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose nahelegen, sind z. B. „die übernommenen Befunde mit dem bestehenden Krankheitsbild nicht in Übereinstimmung“ zu bringen oder weichen sie „von anderen Befunden auffallend“ ab, darf sich der behandelnde Arzt auf die Vorbefunde nicht verlassen [9].

Unter dieser Prämisse sind z. B. *Vorbefunde* zu überprüfen, Röntgenbilder oder EKG-Kurven, die nicht im Original vorliegen, zu wiederholen und nicht zeitnah

vor der Operation vom niedergelassenen Arzt erhobene Befunde noch einmal festzustellen. Sind Röntgenbilder technisch nicht einwandfrei, müssen fotografisch zureichende Röntgenbilder nachgefordert werden [10].

Allgemein gilt der Rat: Je größer das Risiko eines Untersuchungsfehlers und je größer die daraus resultierende Gefährdung des Patienten, umso größere Skepsis ist geboten, anders formuliert, umso mehr Kontrolle statt Übernahme vorhandener Befunde ist erforderlich, umso enger sind die Grenzen des Vertrauensgrundsatzes.

Postoperatives Stadium

Bezüglich des postoperativen Stadiums heißt es in § 2 Abs. 1 des dreiseitigen Vertrages:

Der verantwortliche Operateur muss 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 in qualifizierter Weise versorgt wird.

Hierin kommt ein allgemein gültiger haftungsrechtlicher Grundsatz zum Ausdruck, der sehr ernst zu nehmen ist. Denn gerade die *postoperative Phase* ist ja, wie oben dargelegt und wie die Häufigkeit von Zwischenfällen und die vielen Gerichtsurteile beweisen, besonders gefahrenträchtig.

Mit der Übernahme der ärztlichen Behandlung wird der für den Eingriff verantwortliche Arzt zum Garanten dafür, dass vermeidbare Risiken vom Patienten abgewendet und der Eintritt vermeidbarer Schäden verhindert werden. Insoweit trägt er auch die Organisationsverantwortung, d. h. er ist dafür verantwortlich, dass eine qualifizierte postoperative Versorgung des Patienten in ärztlicher und pflegerischer Hinsicht zu Hause zur Verfügung steht. Eine Betreuungslücke darf es nicht geben! Dies gilt unabhängig davon, ob der Patient im Krankenhaus oder in der Arztpraxis, aufgrund einer Überweisung oder nach direkter Kontaktaufnahme ambulant operiert wird.

Dies bedeutet im einzelnen:

1. Den *Krankentransport zur Heimfahrt* des Patienten hat der für die ambu-

- lante Operation verantwortliche Arzt anzuordnen, wenn der Patient nicht gehfähig ist. Möglich ist es natürlich, diese Entscheidung bei entsprechender Absprache auf den Anästhesisten zu übertragen.
2. Die *häusliche Versorgung* muss gewährleistet und die Kontaktaufnahme mit dem Operateur oder einem qualifizierten Vertreter jederzeit möglich sein. Entsprechende personelle und technische Voraussetzungen (z. B. Telefon) müssen daher auf beiden Seiten vorliegen. Erklärt sich eine zum Haushalt gehörende oder sonstige Person zur Nachsorge bereit, ist dies verbindlich, sollte aber aus Beweisgründen durch deren Unterschrift dokumentiert werden.
 3. Gemäß § 7 des dreiseitigen Vertrages ist nach Durchführung der ambulanten Operation dem Patienten „eine für den weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte *Kurzinformation* mitzugeben, aus der die Diagnose, Therapieangaben, angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen“! Denn der rasche und umfassende Informationsfluss sowie die enge vertrauensvolle Kooperation zwischen allen beteiligten Ärzten ist unverzichtbare Grundvoraussetzung des ambulanten Operierens.
 4. Eine *eigene Aktivität* des operierenden Arztes durch tägliche Telefonabfrage, Erkundigung nach Beschwerden oder bestimmten Symptomen, die für etwaige Komplikationen charakteristisch sind, ist nicht erforderlich, aber in geeigneten Fällen durchaus sinnvoll.
 5. Nach größeren Eingriffen ist ein *Hausbesuch* am Abend des Operationstages sinnvoll, u. U. sogar geboten. Wer diesen zu machen hat, muss bei klinikambulanten Eingriffen in Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten („Hausarzt“ des Patienten) klar und verbindlich geregelt sein. Sind spezielle Kenntnisse erforderlich, bedarf es wegen der Art oder Schwere des Eingriffs der besonderen Erfahrung und des besonderen Fachwissens des operierenden Arztes, trifft ihn die

Verantwortung für die Überwachung und Betreuung des Patienten und damit die etwaige Hausbesuchspflicht, deren Erfüllung er natürlich auch auf einen anderen kompetenten Arzt delegieren kann. War dies von vornherein absehbar, erscheint die stationäre Durchführung des Eingriffs u. U. kostengünstiger und daher der ambulante Weg unter wirtschaftlichen Aspekten verfehlt.

6. Der verantwortliche Arzt muss im Rahmen des ihm Möglichen und Zumutbaren die gebotenen Maßnahmen ergreifen, um die dem Kranken drohenden Gefahren fernzuhalten. Dazu gehört bei ambulanten Eingriffen in der Arztpraxis, dass die *jederzeitige Möglichkeit der Krankenhausaufnahme* („ein freies Bett“) besteht.

Bei ambulanten Eingriffen in der Klinik ist zu differenzieren: Wird der Patient nicht an den überweisenden Arzt zurücküberwiesen (etwa weil dessen Qualifikation für die Nachsorge nicht ausreicht), muss der *Operateur* die ärztliche Betreuung des Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus *selbst* oder durch andere Krankenhausärzte vornehmen bzw. durchführen lassen. Der Patient muss deshalb wissen, welche Notrufnummer zu wählen, wer zu informieren und auf was im Fall einer Komplikation (Blutung, Kreislaufkollaps) zu achten ist. Wir erleben immer wieder Fälle, in denen Patienten keine Hinweise für solche Notfälle gegeben werden.

Ist die Betreuung durch ein Krankenhaus nicht möglich (wegen der erheblichen Vorhaltekosten) oder nicht nötig, verbleibt es beim *Sicherstellungsauftrag der Vertragsärzte*, der auch die postoperative Nachsorge des ambulant operierten Patienten umfasst, d. h. die im Krankenhaus tätigen Ärzte dürfen die postoperative Betreuung auf den – auch fachfremden – „Hausarzt“ delegieren, wenn und soweit davon auszugehen ist, dass dazu sein „Standardwissen“ ausreicht. Insoweit bedarf es aber konkreter Absprachen mit dem nachbehandelnden („Haus“-)Arzt, die der verantwortliche Arzt (Operateur) aufgrund seiner „Garantenhaftung“ arrangieren und verbindlich (aus Beweisgründen: schriftlich) treffen muss.

Ärztliche Dokumentation

Die exakte ärztliche Dokumentation aller medizinisch relevanten Fakten ist im Rahmen des ambulanten Operierens wegen der neuen Verfahrenstechniken und des häufigen Zusammenwirkens mehrerer Ärzte ein besonders wichtiges Hilfsmittel für die notwendige Information der Beteiligten und damit für die sachgerechte Behandlung des Patienten. Das jeweilige medizinische Ergebnis und evtl. aufgetretene Komplikationen sind daher umfassend zu dokumentieren. Dies dient der Qualitätssicherung in der Medizin und ist zugleich ein „Steuerungs- und Kontrollinstrument des für die Behandlung Verantwortlichen“ im Rahmen arbeitsteiliger ärztlicher Kooperation.

Abgesehen davon ist die vertrauenswürdige ärztliche Dokumentation natürlich aus Gründen der Abrechnung, aber auch aus haftungsrechtlichen Gründen unverzichtbar. Denn die ärztliche Dokumentation hat die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit für sich, hat also einen Schutzeffekt für den Arzt. Auf der anderen Seite kann die so mangelhafte oder fehlende Aufzeichnung im Prozess zu Beweiserleichterungen, u. U. sogar zur Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes führen. Um dies an einem praktischen Fall zu verdeutlichen: Ist die Vornahme der Thromboseprophylaxe oder die dringende Empfehlung, das Krankenhaus aufzusuchen, nicht dokumentiert, wird vermutet, dass diese Maßnahme nicht vorgenommen bzw. dieser Rat nicht erteilt wurde. Den Beweis kann dann der Arzt nur auf andere Weise führen, was angesichts der Dauer der Prozesse und der Lückenhaftigkeit des Gedächtnisses der Zeugen meist misslingt. Mangelhafte oder fehlende Dokumentation bedeutet daher oft den Verlust des Rechtsstreits bzw. die Haftung des Arztes. Deshalb ist insbesondere auch der *wesentliche Inhalt des Aufklärungsgesprächs* sowie sein Zeitpunkt schriftlich festzuhalten und von Arzt und Patient zu unterschreiben. Allerdings kann der Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung auch durch eine – beweisbare – „ständige Übung“, in bestimmter, „sich routinemäßig wiederholender Weise aufzuklären“, erbracht werden.

Wie die vorstehenden Ausführungen zeigen, enthält das ambulante Operieren zahlreiche Fehlerquellen und Risiken. Daher ist aus ärztlicher Sicht – besonders im organisatorischen Bereich und bei der Aufklärung – besondere Vorsicht und Gewissenhaftigkeit nötig, um Haftungsfälle zu vermeiden.

Korrespondierender Autor

Rechtsanwalt Prof. Dr. Dr. K. Ulsenheimer

Maximiliansplatz 12, 80333 München
E-Mail: Ulsenheimer@uls-frie.de

Literatur

1. Weller S (1993) in: Traumatologie und Recht, hsg. vom Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften, S. 19
2. OLG Düsseldorf, VersR 2002, 1153
3. Hohmann U H (1993) Deutsches Ärzteblatt: C–1609
4. BGH NJW 1988, 763, 764
5. BGH NJW 1981, 628
6. OLG Düsseldorf, VersR 2000, 456
7. BGH, NJW 1994, 3009 ff
8. Opderbecke W, Weissauer W (1993) Chirurg, BDC: 137
9. Carstenden G, Schreiber H L (1982) in: Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht, S. 172
10. OLG Frankfurt, AHRS 1976, 34

Hämolytisch-Urämisches-Syndrom Kleiner Fehler - fatale Wirkung

Wissenschaftlern des Hans-Knöll-Institut für Naturstoff-Forschung (HKI) ist es gelungen, die genetischen Defekte, die zur schweren Nierenerkrankung "Hämolytisch-Urämisches Syndrom" führen können, auf molekularer Ebene zu identifizieren. Ihre Ergebnisse tragen unmittelbar zu verbesserten Diagnoseverfahren und zu einem neuen, mehr Erfolg versprechenden Therapieansatz bei.

Das familiäre Hämolytisch-Urämische Syndrom (HUS) ist eine vererbte Erkrankung, die zu schwerwiegenden Schädigungen der Blutgefäße, Blutzellen und der Nieren führt. Sie tritt in den betroffenen Familien gehäuft auf und ist mit vielen Rückfällen und einer hohen Sterblichkeit verbunden. Bisher können nur die Symptome gelindert, nicht aber die Ursachen der Krankheit bekämpft werden.

Prof. Dr. Peter F. Zipfel und seiner Mitarbeiterin Frau Dr. Tamara Manuelian ist es jetzt gelungen, die Ursachen dieser Erkrankung aufzuklären. Sie konnten in den Genen von HUS-Patienten jene Mutationen aufzuspüren, die zu dem schweren Krankheitsbild beitragen. Sie zeigen mit ihren Arbeiten, die kürzlich im "Journal of Clinical Investigation" erschienen sind, erstmalig den Zusammenhang zwischen bestimmten Punktmutationen und den im Rahmen des HUS auftretenden Funktionsstörungen auf.

Der Blutplasma-Faktor H hat im gesunden Organismus die Aufgabe, körpereigenes Gewebe vor dem Angriff durch das eigene Immunsystem zu schützen und trägt zum Beispiel dazu bei, dass im Rahmen einer Entzündung nicht zu viele Zellen des Körpers geschädigt werden. Menschen, die aufgrund einer genetischen Störung gar keinen Faktor H im Blut haben, leiden häufig an Nierenversagen, weil das Gewebe dort im Gegensatz zu den meisten anderen Körperzellen, über keinen anderen Schutz als den durch Faktor H verfügt.

Patienten mit der familiären Form des HUS haben zwar Faktor H im Blut, doch häufig nicht in ausreichender Menge oder in nicht funktionsfähiger Form. Zipfel und Manuelian konnten nun in Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern aus Freiburg, Bergamo und Helsinki nachweisen, dass der Verlust der Funktionsfähigkeit auf drei einzelne Mutationen zurückzuführen ist.

Diese Erkenntnisse haben schon unmittelbar dazu geführt, dass neue Verfahren für die Diagnose entwickelt wurden, und die Patienten sinnvoller behandelt werden können. So hat man bisher Betroffenen eine neue Niere eingesetzt, um das geschädigte Organ zu ersetzen. Dies brachte aber nur kurzfristige Erfolge, weil damit die Ursache der Nierenschädigung nicht behoben werden konnte. In jüngster Zeit ist man aufgrund der neuen Erkenntnisse dazu übergegangen, zusätzlich Lebergewebe zu transplantieren. Denn in diesem Organ wird Faktor H produziert und der Patient hat so die Chance, mit dem neuen Organ auf Dauer auch funktionsfähigen Faktor H zu erhalten.

Tamara Manuelian, Jens Hellwage, Seppo Meri, Jessica Caprioli, Marina Noris, Stefan Heinen, Mihaly Jozsi, Hartmut P.H. Neumann, Giuseppe Remuzzi and Peter F. Zipfel: "Mutations in factor H reduce binding affinity to C3b and heparin and surface attachment to endothelial cells in hemolytic uremic syndrome." *Journal of Clinical Investigation*, April 2003, Volume 111.

Quelle: Hans-Knöll-Institut, Jena