



CLOSED CLAIMS Risk-Management - praxisnah und kompakt

Weitere Informationen zu Closed Claims finden Sie im Internet unter www.bda.de/118_0_6closed_claims.htm

1 Dr. iur. E. Biermann

Justitiar des BDA, Nürnberg

Ass. iur. E. Weis

Juristin und Versicherungsreferentin
des BDA, Nürnberg

2 Prof. Dr. med. B. Landauer

Präsident des BDA, Nürnberg

3 Ass. iur. A. Köllner

Heilwesen / Schadenabteilung
RiskManagement, Versicherungskammer
Bayern, München

Ass. iur. J. Müller

Abteilungsleiter Heilwesen / Schaden-
abteilung RiskManagement, Ver-
sicherungskammer Bayern, München

Risikomanagement, Fehlerkultur, Risikoanalysen – diese Begriffe sind zur Zeit in aller Munde. Letzlich 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.

Fall Nr. 1: 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 durchgeföhrten Eingriffs zwischen Belegoperateur 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 Erstickungsanfall. Die Reintubation misslingt wiederholt, der Anästhesist veranlasst dennoch keinen Lufttröhrenschlitt.

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 Verdienstaufstand) in Höhe von insgesamt fast 10 Mio. €.

Die Analyse aus Sicht des Juristen¹

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.

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 Sachverständigen²

Bei dem tragischen Verlauf handelt es sich um eine Mischung zwischen einem schicksalhaften 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 ödematis-

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“³

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 ggf. anpassen

Weiterführende Literatur

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

Lesetipp: CIRS-AINS: Fall des Monats

Aus den Berichten, die von den teilnehmenden Einrichtungen in CIRS-AINS eingestellt werden, wählt die Arbeitsgruppe BDA/DGAI in regelmäßigen Abständen einen sogenannten „Fall des Monats“ aus.

Unter dieser Rubrik werden Fälle veröffentlicht, die entweder in dieser oder in ähnlicher Form mehrfach aufgetreten sind und exemplarische Fehlerquellen repräsentieren oder solche, die als besonders bedeutungsvoll eingestuft werden.

Die Fälle des Monats sind knapp gefasste Feedbacks mit sowohl anästhesiologischer als auch i.d.R. juristischer Analyse und gegebenenfalls Hinweisen auf wichtige Literatur zum jeweiligen Thema. Ziel ist es, mit diesen Fällen des Monats unsere Mitglieder fürbrisante Themen in der Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie zu sensibilisieren und Warnhinweise sowie Verbesserungsempfehlungen zu verbreiten.

Die Fälle des Monats sind im Internet abrufbar:

www.cirs-ains.de/publikationen/bda-und-dgai/fall-des-monats.html

Bisher sind folgende Fälle in dieser Rubrik erschienen:

- **April 2010:** Narkoseeinleitung ohne Pflegekraft
- **Mai 2010:** Fehlinjektion von i.v.-Medikament in eine ICP-Aussenableitung
- **Juni 2010:** Schwere Atemnot bei Standardprimingdosis
- **Juli 2010:** Vertauschtes Erythrozytenkonzentrat bei Transfusion
- **August 2010:** Verwechslung des operativen Eingriffs