

# Haftung beim Tod sedierter Patienten

## Neues BGH-Urteil zur Überwachungspflicht

Chefarzt Prof. Dr. med. Uwe Schulte-Sasse, Heilbronn

Rechtsanwalt Dr. Bernhard Debong, Karlsruhe

### Prof. Dr. med. U. Schulte-Sasse aus medizinischer Sicht:

Ein 45-jähriger Mann erlitt im Anschluss an eine Magenspiegelung in Sedierung einen tödlichen Verkehrsunfall, ein Unglück, das vor dem BGH erörtert wurde und zur Verurteilung eines Gastroenterologen führte<sup>(5)</sup>. Das Urteil aus dem Jahre 2003 hat erhebliches Aufsehen erregt, es war und ist Anlass zu Kommentaren<sup>(10, 12, 19)</sup>. Die Rechtsprechung hat Bedeutung nicht nur für endoskopisch tätige Internisten: Mit – gesundheitspolitisch gewollt – steigender Häufigkeit werden heute in vielen Bereichen der Medizin bei ambulanten Patienten diagnostische und therapeutische Eingriffe unter Sedierung, unter Analgo-Sedierung (der Kombination von schmerzausschaltenden und beruhigenden Medikamenten) oder in Anästhesie durchgeführt – als Beispiel sei das ambulante Operieren genannt. Die Medikamente, die für Sedierung, Analgesie und Anästhesie bei Endoskopien oder ambulanten Operationen verwendet werden, haben eines gemeinsam: **Sie schränken über das Eingriffsende hinaus, für längere Zeit anhaltend, die Fähigkeit ein, zuverlässig rationale Entscheidungen zu fällen.** Bei Entlassung der Patienten, Stunden nach dem Eingriff, kann deren psychomotorische Leistungsfähigkeit noch immer herabgesetzt sein, verbunden mit einer Einschränkung der Einsichtsfähigkeit – auch wenn die Patienten sich ganz wach fühlen. In diesem Zustand können Patienten sich und andere gefährden – zum Beispiel wenn sie Auto fahren.

Der vor dem BGH entschiedene Fall sei kurz vorgestellt: Bei einem 45-jährigen Mann, Vater von zwei Töchtern, sollte eine Magenspiegelung – ambulant – durchgeführt werden. Vor dem Eingriff hatten sowohl der Hausarzt als auch der Gastroenterologe den Patienten darauf hingewiesen, dass er während der Untersuchung sedierende Medikamente erhalten würde. Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass diese Medikamente ihn für Stunden fahruntüchtig machen würden und er sich nach Hause fahren lassen müsse, er auf keinen Fall selbst mit dem Auto fahren dürfe. Der Patient versicherte, dass ihn seine Ehefrau zu dem Eingriff bringen und wieder abholen würde.

Am Eingriffsmorgen musste die Ehefrau sich jedoch um die akut erkrankte Tochter kümmern. Anders als im Aufklärungsgespräch vereinbart, fuhr der Patient nun doch mit seinem PKW ins Krankenhaus. Der Gastroenterologe, Chefarzt für Innere Medizin, erfuhr von diesem Umstand und wies – noch vor Beginn der Untersuchung – erneut auf das „Fahrverbot“ hin. Der Patient versprach, sich von einem Taxi heimfahren zu lassen.

Während der Gastroskopie erhielt der Patient intravenös 30 mg Midazolam (ein Benzodiazepin) zur Sedierung. Nach der Untersuchung verblieb der Patient für etwa 30 Minuten im Untersuchungszimmer unter Aufsicht, dabei wurden ihm 0,5 mg Flumazenil gespritzt, ein Medika-

ment, das Wirkungen des Midazolam antagonisiert. Danach wurde der Patient angewiesen, auf dem Flur vor den Behandlungsräumen des Gastroenterologen auf das Abschlussgespräch mit dem Internisten zu warten. Wiederholt hatte der Chefarzt – wenn er zu anderen Patienten ging – „Blick- und Gesprächskontakt“ mit seinem Patienten. Nach etwa zwei Stunden wurde dem Patienten die Zeit des Wartens auf die ärztliche Entlassung zu lang, er „entließ“ sich selbst, setzte sich in seinen PKW, um nach Hause zu fahren. Nach wenigen Kilometern geriet er auf die Gegenfahrbahn und stieß frontal mit einem LKW zusammen; der Patient starb noch an der Unfallstelle.

Die Klage der Witwe auf Schadenersatz wurde in erster und zweiter Instanz abgewiesen. Nicht der Arzt, der eine Sedierung vorgenommen hat, sei verantwortlich zu machen, wenn ein Patient, den ärztlichen Rat ignorierend, sich selbst in – hier – Todesgefahr begibt. Schließlich war es dem Patient bekannt, dass er im Anschluss an eine Untersuchung unter Sedierung nicht selbst Auto fahren durfte. Vor Gericht unstrittig hatten der Hausarzt und der beklagte Gastroenterologe den Patienten entsprechend und rechtzeitig belehrt. Der Patient hatte wider besseren Wissens eigenmächtig gehandelt – so das OLG Frankfurt in seinen Entscheidungsgründen: schließlich, war der Patient „zum Zeitpunkt seines Weggehens, was durch die nachfolgenden Ereignisse belegt wird, raum-

und zeitorientiert und konnte sich gezielt bewegen<sup>(14)</sup>.

Diese Sichtweise verwarfen die Richter am Bundesgerichtshof – anders als ihre Kollegen am OLG nehmen sie den Chefarzt in die Überwachungspflicht: er hätte dafür zu sorgen gehabt, dass der Patient sich nicht selbst in Gefahr hätte bringen können – konkret: nicht hätte das Krankenhaus verlassen und mit seinem Auto heimfahren können. Die Richter am BGH weisen in ihrer Entscheidung vom 8.4.2003 darauf hin, „dass wegen der Folgewirkungen der Sedierung noch zum Zeitpunkt seiner Entfernung aus dem Krankenhaus bei dem Patienten eine Bewusstseinsstrübung und Einschränkung der Einsichtsfähigkeit nicht ausgeschlossen werden konnte und er deswegen möglicherweise nicht in der Lage gewesen sei, abgewogene und eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen“<sup>(2)</sup>. Selbst ein Mitverschulden des Patienten vermochten die Richter am BGH nicht zu erkennen – schließlich war er entgegen der Empfehlung des Gastroenterologen mit seinem Auto zum Krankenhaus gekommen: allein der Arzt sei für den Tod des Patienten verantwortlich zu machen! „Dem Beklagten war bekannt“, so die Richter am BGH, „dass der Patient ohne Begleitperson mit dem eigenen Kraftfahrzeug in das Krankenhaus gekommen und wegen der Verabreichung des Wirkstoffs Midazolam noch lange Zeit nach dem Eingriff nicht in der Lage war, selbst ein Kraftfahrzeug zu führen.“

Die beeinträchtigende Wirkung von Sedativa oder Anaesthetika auf die Fähigkeit, rationale Entscheidungen zu fällen, auf die Fähigkeit anspruchsvolle psychomotorische Leistungen – wie Autofahren – zu vollbringen, ist medizinisches Allgemeinwissen. Zu Midazolam heißt es im Lehrbuch der Pharmakologie von Goodman und Gilman, dass die psychomotorische Beeinträchti-

gung den Patienten oft selbst nicht bewusst ist und diese sich somit in ihrer Leistungsfähigkeit gefährlich überschätzen<sup>(9)</sup>. In der BGH-Entscheidung heißt es entsprechend: Die dem Arzt „aufgrund der ihm bekannten und von ihm geschaffenen gefahrerhöhenden Umstände obliegende Fürsorgepflicht“ hätte es erfordert, „den Patienten so zu überwachen, dass er das Krankenhaus nicht unbemerkt verlassen konnte“. Nach Ansicht der Bundesrichter hätte der Arzt deshalb den Patienten in einem **Raum** unterbringen müssen, „in dem er unter **STÄNDIGER Überwachung stand und gegebenenfalls daran erinnert werden konnte, dass er das Krankenhaus nicht eigenmächtig verlassen durfte.**“

Das Urteil hat erhebliche Bedeutung für die Betreuung von ambulanten Patienten nach Sedierung oder Anästhesie. Die mit der praktischen Umsetzung des Urteils verbundenen personellen und damit finanziellen Konsequenzen erkennend, heißt es: „Ständige Beobachtung in einem Vorzimmer oder besonderen Wartezimmer. Die Aufseher müssten den Patienten unablässig im Auge behalten, ihn etwa auch zur Toilette begleiten, damit er nicht von dort aus erfrischt das Weite suche. Doch wer soll den beträchtlichen Aufwand dafür tragen?“<sup>(12)</sup>. Wenn ambulante Patienten nach Sedierung oder Anästhesie zum Zeitpunkt ihrer Entlassung nicht in der Lage sind, „abgewogene und eigenverantwortliche Entscheidungen“ zu treffen, und hieran lässt die medizinische Literatur keinen Zweifel, so berührt das BGH-Urteil nicht nur die Überwachung der Patienten unmittelbar im Anschluss an eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme, das Urteil wirft eine weitere Frage auf, nämlich wie weit die dem Arzt, „aufgrund der von ihm geschaffenen gefahrerhöhenden Umstände obliegende Fürsorgepflicht“ über den Zeitpunkt der Entlassung hinausreicht.

Der Wirklichkeit des klinischen Alltags nahestehend mahnt Laufs<sup>(12)</sup> „Das Haftpflichtrecht darf den Arzt nicht schlechthin zum Wegeversicherer seines Patienten machen.“

### Wie lange ist ein Patient nach Sedierung oder Anästhesie in seiner Einsichtsfähigkeit eingeschränkt?

Bevor dargelegt wird, wie das Urteil im klinischen Alltag umgesetzt werden könnte, sei beschrieben, wie es denn um die Gefährdung der Patienten im Anschluss an eine Sedierung oder Anästhesie bestellt ist – insbesondere für welchen Zeitraum mit einer Einschränkung der Einsichtsfähigkeit zu rechnen ist. In den bisher verwendeten Endoskopie-Aufklärungformularen heißt es hierzu: „Wurde ihnen ein Beruhigungs- und/oder Schmerzmittel gespritzt, dürfen sie wegen der Nachwirkungen frühestens nach 24 Stunden wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen“ und „Sie sollten in dieser Zeit auch keine wichtigen Entscheidungen treffen“<sup>(20)</sup>. Gleiches unterschreiben Patienten vor einer ambulanten Operation in Anästhesie.

Der Zeitraum, über den eine Einschränkung der psychomotorischen Leistungsfähigkeit besteht, ist wenig präzise belegt. Es ist nicht bekannt, wie lange tatsächlich die durch Sedierung oder Anästhesie vom Arzt „geschaffenen gefahrerhöhenden Umstände“ anhalten. Zwei extreme Äußerungen zur Zeitdauer der Beeinträchtigung psychomotorischer Leistungsfähigkeit seien vorgestellt. 1983 wird im *British Journal of Medicine* ausgeführt: Den Patienten möge einsichtig gemacht werden, dass ihre Urteilskraft nach einer Anästhesie noch immer beeinträchtigt sein kann – auch wenn sie sich bereits als völlig erholt empfinden. Daher sei es ratsam, die Empfehlung, nicht selbst ein Auto zu fahren, auf 48 Stunden auszudehnen<sup>(8)</sup>. Dass ein Autofahr-

verbot bei Verwendung heute gebräuchlicher Medikamente möglicherweise kürzer ausfallen könnte, lässt sich aus einer Mitteilung polnischer Ärzte im Jahre 2003 ableiten: Patienten, die eine Analgosedierung mit „modernen“, 1983 noch nicht verfügbaren Substanzen (dem kurzwirkenden Opiat Remifentanyl und dem kurzwirkenden Anaesthetikum Propofol) während einer Spiegelung des Dickdarms erhielten, wurde bereits 15 Minuten nach Untersuchungsende eine „voll erholte“ psychomotorische Leistungsfähigkeit bescheinigt. Die Patienten – so die Untersucher – wären für eine Entlassung bereit gewesen<sup>(16)</sup>. Diese beiden Veröffentlichungen markieren extreme Positionen. Der jeweils verwendeten Methodik fehlt allerdings die Aussagekraft, die der mitgeteilten Erholungsdauer das Zertifikat „evidence based“ verleihen würde. Von diesen Untersuchungen unterscheidet sich die Veröffentlichung von Lichtor et al.<sup>(13)</sup>: Die Autoren benutzten eine quantitative Aussagen erlaubende Methodik zur psychomotorischen Leistungsfähigkeit nach Anästhesie und teilten mit, dass Patienten nach Midazolam und dem Opiat Fentanyl zur Analgo-Sedierung für „mindestens 8 Stunden“ keine Aufmerksamkeit erfordernde Tätigkeiten (wie zum Beispiel Autofahren) verrichten dürfen. In einer weiteren methodisch sehr aufwendigen Untersuchung kamen Sinclair et al. ebenfalls zu einem Ergebnis, dass die heutige Annahme einer Einschränkung der Fahrtüchtigkeit über 24 Stunden nach Sedierung oder Anästhesie in Frage stellt: Bereits zwei Stunden nach einer mit Propofol und Fentanyl eingeleiteten und über 30 Minuten mit dem Narkosegas Desflurane aufrechterhaltenen Anästhesie unterscheidet sich das Geschick, in einem Simulator „Auto zu fahren“ NICHT mehr von den Fahrkünsten der Probanden bei Kontrolluntersuchungen vor Anästhesie!<sup>(17)</sup>

Die Autoren beider Untersuchungen können sich allerdings nicht entschließen, eine VERBINDLICHE Empfehlung abzugeben, die einem Patienten bereits VOR Ablauf von 24 Stunden nach Sedierung oder Anästhesie bescheinigen würde, dass er wieder zuverlässig rationale Entscheidungen fällen, wie ein Auto fahren, kann. **Nicht zuletzt aus medikolegalen Gründen halten die Untersucher an dem pauschalen, wissenschaftlich wenig begründeten 24 Stunden-Fahrverbot fest: unter anderem, weil Untersuchungsergebnisse, bei Probanden erzielt, nur eingeschränkt auf Patienten zu übertragen sind**<sup>(13,17,18)</sup>. Zum Beispiel haben Patienten vor einer Operation mehr Angst, sie haben Schmerzen nach, sie haben Schlafstörungen vor dem Eingriff, sie erhalten weitere Medikamente (z.B. gegen Übelkeit). Weiter schränken die Untersucher ein, dass ihre Ergebnisse nur für die von ihnen verwendeten Substanzen gelten, ihre Schlussfolgerungen nicht auf andere Medikamente oder auch nur andere Dosierungen übertragen werden dürfen. Schließlich betonen die Autoren in ihrer kritischen Diskussion, dass die angewendeten Tests möglicherweise nicht ausreichen, um zuverlässig auch noch subtile Einschränkungen der Einsichtsfähigkeit zu ermitteln und dass ein Test im Fahrsimulator über 20 Minuten nicht notwendigerweise den Bedingungen im Straßenverkehr entspricht.

### **Halten sich Patienten an ärztliche Verhaltensregeln in den ersten 24 Stunden nach einem ambulanten Eingriff?**

Ambulante Patienten erfahren im Aufklärungsgespräch, dass Sedativa und Anaesthetika eine über das Eingriffsende hinaus andauernde Beeinträchtigung der psychomotorischen Leistungsfähigkeit verursachen. Insbesondere wird den Patienten

einsichtig gemacht, dass sie für 24 Stunden nicht selbst mit einem Auto fahren dürfen, dass während dieses Zeitraumes ein kompetenter Erwachsener in ihrer Nähe sein muss. Halten sich Patienten an diese Empfehlungen? Untersuchungen hierzu sind ausgesprochen ernüchternd – Patienten verstehen oft nicht, was ihnen empfohlen wurde und ignorieren die Warnungen ihrer Ärzte: Die Hälfte aller Patienten lesen nicht, was ihnen an schriftlichen Ratschlägen mitgegeben wurde, ein Drittel kann sich nicht erinnern, dass im Aufklärungsgespräch Wichtiges für das Verhalten in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff mitgeteilt wurde<sup>(6)</sup>. In einer 1972 veröffentlichten Untersuchung wird mitgeteilt, dass 31% der Patienten nach einem ambulanten Eingriff auf ihrem Heimweg keine Begleitung hatten, 9% fuhren sofort und 73% innerhalb der ersten 24 Stunden mit ihrem Auto. Ein Busfahrer lenkte noch am Operationstag seinen vollbesetzten Bus über 96 Meilen<sup>(15)</sup>. Die Bereitschaft, ärztlichen Empfehlungen zu folgen, und/oder die Qualität von Aufklärungsgesprächen hat über die vergangenen 30 Jahre zugenommen – aber es missachten noch immer 4% der ambulanten Patienten ein Fahrverbot, setzen sich vor Ablauf der 24-Stundenfrist ans Steuer ihres PKW<sup>(4)</sup> und bringen damit sich und andere Verkehrsteilnehmer in Gefahr<sup>(11,18)</sup>. Und anders als vor dem Eingriff schriftlich versichert, hatten 4% der Patienten keine kompetente Begleitperson zur Verfügung und übernachteten allein – so die Ergebnisse einer 2001 veröffentlichten Untersuchung<sup>(4)</sup>.

### **Was passiert ambulanten Patienten in den ersten 24 Stunden nach Entlassung?**

Im Jahre 2004 veröffentlichte der „Bremer Motorrad-Anzeiger“ den

Leserbrief einer Frau, in dem die Motorradfahrerin von einem Unfall am Tage nach einer Gastroskopie unter Sedierung berichtet<sup>(7)</sup>: Unter der Überschrift „Ich hatte einen Schutzengel – Gefährdung durch versteckte Medikamente!“ schildert die Frau, wie sie bei einer Geschwindigkeit von 80 km/h infolge eines Fahrfehlers von der Fahrbahn abkam und stürzte. Sie war mit ihrem Ehemann auf einer Spazierfahrt unterwegs. Ihm war bereits vor dem Unfall die sehr unsichere Fahrweise seiner Frau aufgefallen – eine Auffälligkeit, der sich die Leserbriefschreiberin nicht bewusst war. Die Frau konnte sich an nichts erinnern, nicht an die auffällige Fahrweise vor dem Unfall, nicht wie es zu dem Unfall kam, nicht einmal daran, wie sie mit ihrem Mann von daheim losgefahren war. Die Leserbriefschreiberin berichtete weiter, dass sie am Tage vor der Motorrad-tour bei einer Magenspiegelung eine „Schlafspritze“ erhalten hatte und schreibt: „Das Irreführende daran ist, dass man sich völlig fit fühlt und doch hinterher nichts mehr weiß“. Ähnliche Berichte über glimpflich verlaufende Unglücke nach Sedierung erfährt man gelegentlich von erfahrenen Klinikern, und es kann nicht von der Hand gewiesen werden, dass die wenigen Veröffentlichungen zur Morbidität bei ambulanten Patienten während der ersten 24 Stunden nach Sedierung oder Anästhesie lediglich die Spitze eines Eisberges markieren. Die Ergebnisse einer systematischen Untersuchung aus dem Jahre 2002 seien vorgestellt: Nach einem Eingriff in Allgemeinaesthesia wurden 108 ambulante Patienten daheim angerufen, um zu erfahren, wie es ihnen in den ersten 24 Stunden ergangen war<sup>(3)</sup>. Die Patienten berichteten von kleineren, glimpflich verlaufenen Unfällen oder Beinahe-Unfällen. Ein Patient stürzte auf dem Heimweg von der Klinik beim Aussteigen aus dem Taxi und hatte sich das Knie aufge-

schlagen. Zwei Patienten stolperten daheim, ein Patient war gegen eine geschlossene Tür gelaufen. Und die Untersuchung aus Kanada macht einmal mehr deutlich, dass Patienten ärztliche Verhaltensempfehlungen ignorieren: so bedienten Hausfrauen sehr wohl „gefährliche“ Maschinen innerhalb von 24 Stunden, wenn sie für ihre Kinder kochten oder die Wäsche bügelten. Gravierende Unfälle oder gar Katastrophen förderte die Befragungsaktion nicht zu Tage – wenn man annimmt, dass den sechs Patienten, die über das Telefon unerreichbar blieben, nichts Gefährliches zugestoßen war.

### Wie kann die BGH-Entscheidung zur Überwachungspflicht nach Sedierung umgesetzt werden?

#### 1. Überwachung der Patienten in einem Aufwachraum

An der „Überwachung“ des Patienten auf einem Flur – im Anschluss an die Endoskopie – haben die Richter des BGH insbesondere Anstoß genommen. Nach ambulanten Operationen sind Anästhesisten es gewöhnt, ihre Patienten in einem Aufwachraum zu überwachen: hier ist eine „ständige Beobachtung“ gewährleistet, hier kann ein Patient „daran erinnert werden, dass er das Krankenhaus nicht eigenmächtig verlassen darf“<sup>(2)</sup>. Die räumliche Infrastruktur an Röntgen- oder Endoskopiearbeitsplätzen – Bereiche wo Patienten sediert werden – sieht häufig keine Aufwchräume vor, und es ist häufig kein Personal vorgesehen, mit dem eine lückenlose Überwachung gewährleistet werden könnte. Wenn Neubau und Verbesserung der personellen Ausstattung keine (akut) zu verwirklichenden Optionen sind, ließe sich bei Kooperation von Internisten, Radiologen und Anästhesisten vielleicht Platz für Patienten nach ambulanten Maßnahmen unter

Analosedierung in den operativen Aufwchräumen finden.

#### 2. Entlassung NUR in Begleitung einer kompetenten Person

Nach Eingriffen in Sedierung oder Anästhesie sind ambulante Patienten über den Entlassungszeitpunkt hinaus, „wegen der Folgewirkungen der Sedierung nicht in der Lage, abgewogene und eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen“<sup>(2)</sup>. So ist Vorsorge zu treffen, dass Patienten im Zustand eingeschränkter psychomotorischer Leistungsfähigkeit sich nicht selbst oder anderen Schaden zufügen. Zu diesem Zweck klärt der Arzt Patienten vor dem Eingriff auf und gibt Anweisungen darüber, was die Patienten während der ersten 24 Stunden tun und vor allem, was sie in dieser Zeit nicht tun sollen – zum Beispiel nicht allein mit dem Auto zu fahren. Wie ausführlich dargelegt, halten sich Patienten nicht immer an diese Empfehlungen, mit harmlosen und gefährlichen Konsequenzen – so die medizinische Literatur, aber auch mit – wie in dem vom BGH entschiedenen Fall – tödlichen Konsequenzen. Vor diesem Hintergrund kommt man nicht umhin zuzugeben, dass Patienten mit der bisherigen Aufklärungspraxis nicht immer zu schützen sind, eine Praxis, bei der es letztlich dem noch von Sedierung oder Anästhesie beeinträchtigten Patienten überlassen bleibt, dem ärztlichen Rat zu folgen oder diesen zu ignorieren. Zuverlässiger schützen Ärzte ihre ambulanten Patienten, wenn sie eine kompetente Begleitperson zur *conditio sine qua non* für die Durchführung jeder ambulanten Maßnahme machen<sup>(4,11)</sup> und darüber hinaus nicht nur den Patienten, sondern auch die Begleitperson aufklären über die Nachwirkungen einer Sedierung oder Anästhesie und die daraus über den Entlassungszeitpunkt hinaus resultierenden Gefahren<sup>(21)</sup>.

Es mag rigide erscheinen, es ist mediko-legal jedoch nur konsequent, den Patienten ausschließlich in die Obhut eines kompetenten Erwachsenen zu übergeben und sich von der Begleitperson unterschreiben zu lassen, dass begleiteter Heimtransport und Überwachung für 24 Stunden sichergestellt sind<sup>(11, 21)</sup>.

Die durch Aufklärung „in die Pflicht“ genommene Begleitperson ist eine willkommene Unterstützung, wenn es darum geht, den Patienten nach Sedierung oder Anästhesie zu überwachen: Immer wieder wird es notwendig, ambulante Patienten, die schon wach und entlassungsfähig sind, aus dem Aufwachraum zu entlassen, weil dort Platz benötigt wird, Patienten, die aber noch vom Operateur oder vom endoskopierenden Arzt offiziell „verabschiedet“ werden sollen. So werden Patienten in weniger überwachte Bereiche, wie Flure auf Bettenstationen oder Institutsambulanzen entlassen, um dort auf das Abschlussgespräch zu warten. Diese Patienten sind typische Kandidaten dafür, sich selbst überschätzend, das Krankenhaus auf eigene Faust zu verlassen, wenn ihnen die Wartezeit zu lange wird. Die aufgeklärte, per Unterschrift für die Sicherheit des Patienten in die Pflicht genommene Begleitperson<sup>(11, 21)</sup> würde nun dafür sorgen können, „dass der Patient gegebenenfalls daran erinnert wird, dass er das Krankenhaus nicht eigenmächtig verlassen darf“ - so wie von den Richtern des BGH gefordert<sup>(2)</sup>.

### Was tun, wenn Patienten sich nicht an die ärztlichen Empfehlungen halten?

Es ist wichtig, am Eingriffstag, noch bevor mit der ambulanten Maßnahme in Sedierung oder Anästhesie begonnen wird, zu prüfen, ob begleite-

ter Heimtransport und 24 Stunden Beobachtung durch einen Erwachsenen auch tatsächlich sichergestellt sind. Hier erlebt der Kliniker immer wieder Überraschungen, wenn Patienten, entgegen der Vereinbarung beim Aufklärungsgespräch, Heimtransport und häusliche Betreuung doch nicht organisiert haben und allein zum Eingriff kommen. Für die Sicherheit des Patienten, aber auch im mediko-legalen Interesse des Arztes ist es folgerichtig, die Maßnahme an diesem Tag nicht oder (wenn möglich) nur stationär durchzuführen. Kompromisse – wie im vom BGH entschiedenen Falle traurig belegt – bahnen den Weg zu Unglücken.

Schwieriger – und in der täglichen Praxis keinesfalls eine Rarität – wird es, wenn Patienten vor der ambulanten Maßnahme die Unwahrheit sagen und es sich erst nach dem Eingriff herausstellt, dass keine Begleitperson zur Verfügung steht: Ein solcher Fall, aus der Erfahrung des Autors, sei kurz beschrieben: Ein 45-jähriger Mann, ganz besonders gut im Umgang mit juristischen Problemen vertraut, unterzog sich einem urologischen Halbstundeneingriff in Anästhesie, er war Tage vor dem Eingriff über das Verhalten nach dem Eingriff aufgeklärt worden. Vor Narkoseeinleitung befragt, versicherte er erneut, dass Heimtransport und 24-stündige häusliche Betreuung durch eine erwachsene Angehörige gewährleistet seien. Nach der Anästhesie, im Aufwachraum rasch wieder munter, wollte der Patient zügig das Krankenhaus verlassen. Als wir seine Begleitperson anrufen wollten, teilte uns der Patient nun mit, dass dort niemand zu erreichen wäre, er in den kommenden 24 Stunden allein sein würde, er dessen ungeachtet jedoch das Krankenhaus umgehend, auch „gegen ärztlichen Rat“ zu verlassen beabsichtige. All unsere Bemühungen – über 2½ Stunden – ihn zur Übernachtung in einem Stationsbett zu überreden, schlugen fehl. Mit dem

Hinweis auf sein juristisches Fachwissen, betonte der Patient, dass er eine von uns beabsichtigte „Freiheitsberaubung“ nicht tolerieren würde und verließ das Krankenhaus. In einem Kommentar zur BGH-Entscheidung erwähnt Biermann für einen solchen Fall die Möglichkeit, mit „maßvoll dirigierendem Einsatz von körperlicher Gewalt uneinsichtige Patienten nach Sedation am Verlassen der Praxis zu hindern und sie so vor sich selbst zu schützen“<sup>(1)</sup>. Hierzu haben wir uns nicht durchringen können. Zur Praemedikation hatte der Patient 7,5 mg Midazolam erhalten, die Narkose war mit Propofol und dem Opioid Rapifen eingeleitet und für 30 Minuten mit dem Narkosegas Isofluran geführt worden. Die Entlassung gegen unseren ärztlichen Rat hat der Patient überlebt – er war für die nächsten 48 Stunden über die von ihm angegebene Telefonnummer nicht zu erreichen. Als wir ihn schließlich haben erreichen können, konnte er sich an die Entlassung nach dem Eingriff nur lückenhaft erinnern.

Die vorgestellte Organisation der Überwachung im Anschluss an eine ambulante Maßnahme, bei der

1. vor Beginn der Sedierung oder Anästhesie überprüft wird, ob begleiteter Heimtransport und 24-Stunden-Überwachung sichergestellt sind,
2. eine Überwachung nach der Maßnahme in einem Aufwachraum erfolgt,
3. der Patient nur in die Obhut eines kompetenten Erwachsenen entlassen wird, und diese Person durch Aufklärung mediko-legal in die Pflicht genommen wird,

diese Organisation wird die Sicherheit unserer Patienten nicht in allen – wie der zuletzt dargestellte Fall

verdeutlicht – aber in den meisten Fällen gewährleisten.

## Literatur

- (1) Biermann E (2004) Sorgfaltspflicht des Arztes bei der Verabreichung von Sedativa bei ambulanten Patienten. BDAktuell Jus-Letter 4: 4 in Anaesth Intensivmed 45: März 2004
- (2) Bundesgerichtshof, Urteil VI ZR 265/02 vom 8.4.2003 = ArztR 2003, 237
- (3) Cheng CJC, Smith I, Watson BJ (2002) A multi-centre telephone survey of compliance with postoperative instructions. Anaesthesia 57: 805-811
- (4) Correa R, Menezes RB, Wong J, Yogendran S, Jenkins K, Chung F (2001) Compliance with postoperative instructions: a telephone survey of 750 day surgery patients. Anaesthesia 56: 481-484
- (5) Dehong B (2003) Überwachung sedierter Patienten bei ambulanter Behandlung. ArztR 38: 237-241
- (6) Hayes A, Buffum M (2001) Educating patients after conscious sedation for gastrointestinal procedures. Gastroenterology Nursing 24: 54-57
- (7) Heidbreder R (2004) Persönliche Mitteilung
- (8) Herbert M, Healy TEJ, Bourke JB, Fletcher IR, Rose JM (1983) Profile of recovery after general anesthesia. Br Med J 286: 1539-1542
- (9) Hoobs WR, Rall TW, Verdoorn TA (1996) Hypnotics and sedatives. In: Goodman & Gilman's The Pharmacological basis of therapeutics (9th ed), pp 361-399
- (10) Koenig-Oevrier, I (2003) Pflicht zur Überwachung von Patienten. Hessisches Ärzteblatt 11: 596
- (11) Laffey JG, Boylan JF (2001) Patient compliance with preoperative day case instructions. Anaesthesia 56: 910
- (12) Laufs A (2003) Der mündige, aber leichtsinnige Patient. NJW 32: 2288-2289
- (13) Lichtor JL, Alessi R, Lane BS (2002) Sleep tendency as a measure of recovery after drugs used for ambulatory surgery. Anesthesiology 96: 878-838
- (14) Oberlandesgericht Frankfurt am Main, Urteil 13 U 132/97 vom 12.6.2002
- (15) Ogg TW (1972) An assessment of postoperative outpatient cases. Br Med J 4: 573-576
- (16) Rudner R, Jalowiecki P, Kawecki P, Gonciarz M, Mularczyk A, Petelenz M (2003) Conscious analgesia/sedation with remifentanyl and propofol versus total intravenous anesthesia with fentanyl, midazolam, and propofol for outpatient colonoscopy. Gastrointest Endosc 57: 657-663
- (17) Sinclair DR, Chung F, Smiley A (2003) General anesthesia does not impair simulator driving skills in volunteers in the immediate recovery period - a pilot study. Can J Anesth 50: 238-245
- (18) Smith I (2001) Postoperative instructions: good compliance but is the advice sound? Anaesthesia 56: 405-407
- (19) von Lovenberg A (2003) Der BGH und das Arzthaftpflichtrecht. NJW, Heft 46 XVIII
- (20) Weissauer W, Ulsenhaimer K (2002) DIOMed Aufklärungsbogen Endoskopie 04/02
- (21) Wiesenack Ch, Wiesner G, Hobbahn J (1997) Verlegungs- und Entlasskriterien bei tageschirurgischen Patienten nach Allgemeinnarkose. Anaesth Intensivmed 38: 61-68

## Dr. jur. B. Dehong aus juristischer Sicht:

Bereits vor der Grundsatzentscheidung des Bundesgerichtshofs vom 8.4.2003 (ArztR 2003, 237 ff.) hatten sich Gerichte mit unterschiedlichen Fallgestaltungen zur Überwachung von Patienten zu beschäftigen.

### 1. Pflicht zur Überwachung von Patienten

Überwachungspflichten des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhausträgers bestehen in der Regel dann, wenn ein Patient sich in einer **Situation besonderer Schutzbedürftigkeit** befindet.

#### a) Postoperative Überwachung

Es stellt regelmäßig einen Verstoß gegen die Pflicht zur postoperativen Überwachung eines Patienten dar, wenn klare Anweisungen an das Pflegepersonal fehlen, wann und unter welchen Voraussetzungen der Arzt bei einer Verschlechterung des postoperativen Zustandes des Patienten zu verständigen ist (Oberlandesgericht München, Urteil vom 29.9.1988 - 24 U 806/87 - AHRS 3020/20).

#### b) Überwachung beim Gang auf die Toilette

Bedürfen Patienten insbesondere nach Augenoperationen der Begleitung beim Gang zur Toilette, muss der Chefarzt diese Begleitung durch eine entsprechende **Begleitordnung** sicherstellen. Muss aufgrund besonderer Umstände wie z.B. Alter, mangelnder Orientierung und Zerebralsklerose damit gerechnet werden, dass der Patient die entsprechende Anweisung des Pflegepersonals vergisst und nicht befolgen wird, muss dem durch die entsprechende Anordnung des Chefarztes Rechnung getragen werden. Er muss entweder das Pflegepersonal anweisen, ausnahmsweise während der Verrichtung des Patienten an der Toilette zu bleiben oder notfalls einen Gang zur Toilette für einen solchen Patienten untersagen (Oberlandesgericht Düsseldorf, Urteil vom 12.8.1981 - 8 U 40/80 AHRS 3020/6).

#### c) Beaufsichtigung Minderjähriger

Bei einem stationär aufgenommenen minderjährigen Patienten haftet

der Krankenhausträger gemäß § 832 BGB für Schäden, den der minderjährige Patient Dritten zufügt. Der Bundesgerichtshof hat deswegen einen Krankenhausträger zu Schadensersatz in einem Fall verurteilt, in welchem ein 7jähriges stationär aufgenommenes Kind unbeaufsichtigt auf die Säuglingsstation des selben Krankenhauses gelangt ist und dort ein Neugeborenes verletzt hat (BGH, Urteil vom 2.12.1975 - VI ZR 79/74 - AHRS 3020/3).

#### d) Pflicht zur Überwachung fixierter psychiatrischer Patienten

Ein (teil-) fixierter psychiatrischer Patient ist in einer geschlossenen oder offenen psychiatrischen Station so vielen Risiken ausgesetzt, die sich aus seinem Krankheitsbild, aus der erforderlichen Fixierung selbst oder aus der Zusammensetzung der zu behandelnden Mitpatienten ergeben, dass grundsätzlich eine lückenlose und optische Überwachung angezeigt ist (Oberlandesgericht Köln, Urteil vom 2.12.1992 - 27 U 103/91 - AHRS 3060/32 im Falle eines manisch erregten Patienten).

### e) Überwachung suizidgefährdeter Patienten

Im Falle suizidgefährdeter Patienten ist die Rechtsprechung davon geprägt, dass sich die Pflicht zum Schutze solcher Patienten vor Selbstschädigung auf das Erforderliche und das für das Krankenhauspersonal Zumutbare beschränkt. Außerdem ist das Sicherungsgebot in diesen Fällen abzuwägen gegen Gesichtspunkte der Therapiegefährdung durch allzu strikte Verwahrung (BGH, Urteil vom 20.6.2000 VI ZR 377/99 ArztR 2001, 208 ff.)

## 2. Überwachung sedierter Patienten bei ambulanter Behandlung

Im Urteil vom 8.4.2003 - VI ZR 265/02 - ArztR 2003, 237 hat der Bundesgerichtshof den beklagten Chefarzt zu Schadensersatzleistungen an die Familie eines verstorbenen Patienten verurteilt. Im Gegensatz zu den Vorinstanzen hielt der Bundesgerichtshof die von Schulte-Sasse geschilderte Fallgestaltung nicht mit der Überwachung suizidgefährdeter Patienten für vergleichbar. Vielmehr trete hier in den Vordergrund der Grundsatz, dass derjenige, der Gefahrenquellen schafft oder verstärkt, auch die notwendigen Vorkehrungen zum Schutz des Gefährdeten, hier des Patienten, treffen müsse.

## 3. Umfang der Überwachungspflichten

Der Bundesgerichtshof hat folgende Anforderungen an die Überwachung sedierter Patienten bei ambulanter Behandlung im Krankenhaus aufgestellt:

- Der Patient muss nach dem ambulanten Eingriff/der ambulanten Behandlung in einem Raum untergebracht werden.

- In diesem Raum muss der Patient unter ständiger Überwachung stehen
- und ggf. daran erinnert werden können, dass er das Krankenhaus nicht eigenmächtig verlassen darf.

Nicht ausreichend ist nach diesem Urteil des Bundesgerichtshofs,

- den sedierten Patienten auf dem Krankenhausflur unter ständiger Ansprache des Arztes warten zu lassen,
- statt der Unterbringung in einem Raum unter ständiger Überwachung dem Patienten die Kfz-Schlüssel abzunehmen

Will ein noch unter dem Einfluss sedierender Medikamente stehender Patient das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat verlassen, muss zunächst alles versucht werden, den Patienten davon zu überzeugen, bis zum Entlassungszeitpunkt im Krankenhaus zu verbleiben. In der Konsequenz der Entscheidung des Bundesgerichtshofs muss ein Arzt einen nicht einsichtsfähigen Patienten nach Ausschöpfung aller ihm sonst zur Verfügung stehender Mittel – im Extremfall sogar gewaltsam – am Verlassen des Krankenhauses zu hindern versuchen.

Ist der Patient „home ready“, endet die Überwachungspflicht des behandelnden Arztes mit der Übergabe des Patienten an die Person, die die Betreuung auf dem Nachhauseweg übernimmt. Im Übrigen ist nach der Leitlinie zur Sedierung und Analgesie (Analgesiedierung) von Patienten durch Nichtanästhesisten zu verfahren.

## 4. Haftung bei Missachtung ärztlicher Ratschläge

Ein Patient, der sich über einen ärztlichen Ratschlag hinwegsetzt, trägt grundsätzlich auch die Verantwortung für sein eigenmächtiges Han-

deln. Dies gilt insbesondere auch beim eigenmächtigen Entfernen aus den Praxisräumen oder dem Krankenhaus. In einem etwaigen Haftungsprozess muss der Arzt jedoch den Beweis erbringen, dass er den entsprechenden Ratschlag erteilt hat. In der Praxis erleiden Ärzte insoweit häufig Nachteile wegen Mängeln in der **Dokumentation**. Zu einer ordnungsgemäßen Dokumentation insoweit gehören die dem Patienten gegebenen Instruktionen, die Person, der die Aufsicht über den sedierten Patienten obliegt, die Dokumentation einer etwaigen Intervention, wenn der Patient sich anschickt das Krankenhaus eigenmächtig zu verlassen, sowie die Übergabe an die Person, die für die Betreuung des Patienten auf dem Nachhauseweg sorgt.

## 5. Pragmatische Vorschläge

Aus dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 8.4.2003 ergeben sich für die Praxis vor allem folgende Konsequenzen:

a) Die sich aus der Leitlinie zur Sedierung und Analgesie (Analgesiedierung) von Patienten durch Nichtanästhesisten ergebenden Anforderungen müssen erfüllt sein.

b) Der Patient und die ihn nach dem Eingriff betreuende Person sind schriftlich auf die Verhaltensweisen hinzuweisen, die sich aus der Verabreichung sedierender Medikamente ergeben.

c) Der Patient und die ihn nach dem Eingriff betreuende Person sind schriftlich über die möglichen Komplikationen sowie darüber zu informieren, was bei Problemen zu tun ist und wann sie wen, wo hinzuziehen oder anrufen müssen.

d) Vor dem Eingriff ist zu prüfen, ob Heimtransport und Betreuung durch einen Erwachsenen für 24 Stunden sichergestellt sind. Ist dies nicht der Fall, unterbleibt der Eingriff. In Not-

