

Tod nach Succinylcholin bei einer Polypenoperation

Verantwortlichkeit unterschiedlicher Fachärzte für Anamnesemängel

Chefarzt Prof. Dr. med. U. Schulte-Sasse, Städtisches Krankenhaus Heilbronn

Rechtsanwalt Dr. jur. M. Andreas, Karlsruhe

Der dargestellte und sowohl unter medizinischen als auch unter juristischen Aspekten besprochene Sachverhalt betrifft einen Narkosezwischenfall bei einer ambulanten Operation. Ambulante Operationen bergen besondere Haftungsrisiken im Zusammenhang mit der ärztlichen Kompetenzverteilung. Auf die diesbezüglichen Ausführungen zum Haftungsdreieck in ArztR Supplement 6/96 sei verwiesen. Im vorliegenden Fall ereignete sich der Fehler allerdings nicht bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus, sondern in der Praxis niedergelassener HNO-Ärzte. Das Landgericht Essen hat in dem Urteil vom 11.11.1993 - 21 (30/93) ausgeführt, in welchem Umfang der Vertrauensgrundsatz gilt, wenn der Anästhesist sich auf Angaben zur Narkosefähigkeit, die vom Operateur und Hausarzt gemacht werden, verläßt.

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

Im Jahre 1990 verstarb ein fünfjähriger Junge bei einer ambulanten Polypenoperation. Das Kind litt seit Geburt an der Muskeldystrophie Duchenne, einer seltenen, vererbten Muskelerkrankung. Während der Narkoseeinleitung sollte zur Beatmung ein Schlauch (Tubus) in die Luftröhre eingebracht werden. Zur Erleichterung dieses Vorganges injizierte der Anästhesist Succinylcholin, ein muskelerschlaffendes Medikament. Innerhalb von 10 Minuten nach intravenöser Gabe von Succinylcholin kam es zu einem Herzstillstand.

Alle Wiederbelebungsbemühungen blieben ohne Erfolg, das Kind starb.

Succinylcholin verursacht bei Patienten mit Muskelerkrankungen einen Ausstrom von Kaliumionen aus den Muskelzellen in die Blutbahn. Die hohe Kaliumkonzentration im Blut verhindert eine normale Herzaktion und kann - wie im beschriebenen Fall geschehen - zum Herzstillstand führen. Ist bekannt, daß ein Patient an einer Muskelerkrankung leidet, so darf kein Succinylcholin gegeben werden. Insbesondere bei kleinen Kindern ist es typisch, daß die Muskelerkrankung - verbunden mit der Überem-

pfindlichkeit für Succinylcholin - zwar bereits angelegt ist, ihre klinischen Zeichen aber noch nicht vorhanden oder nur so schwach ausgeprägt sind, daß diese übersehen werden. Kommt es in einem solchen Falle nach Succinylcholin zum Herzstillstand, so stehen die beteiligten Ärzte vor einer häufig unlösbaren Aufgabe. Aus der Literatur ist bekannt, daß mit Wiederbelebungsmaßnahmen nur die Hälfte der Betroffenen gerettet werden konnte und in einigen Fällen gelang es zwar den Kreislauf wiederherzustellen, die Patienten erlitten jedoch schwerste Schädigungen des Gehirns.

In jüngster Zeit ist erkannt worden, daß überraschende Herzstillstände und Todesfälle nach Succinylcholin bei Kindern - vor allem bei Operationen in HNO-Praxen oder Kliniken - häufiger auftreten, als bislang angenommen^{8,10}. Der Grund liegt in der bereits erwähnten Tatsache, daß Muskelerkrankungen oft erst nach dem 6. Lebensjahr zu auffälligen Zeichen führen, Polypen oder Mandeln, im typischen Fall jedoch vor dem 6. Lebensjahr operativ entfernt werden. Diese im Kindesalter häufigen Operationen werden üblicherweise in Allgemeinanästhesie durchgeführt, dabei war die Verwendung von Succinylcholin bisher weit verbreitet. Angesichts sicherer Alternativen zur Verwendung von Succinylcholin raten inzwischen die US-amerikanische Food and Drug Administration und ihr Deutsches Äquivalent, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, dringend davon ab, Succinylcholin in Routinefällen bei Kindern zu verwenden. Diese Warnungen waren in den vergangenen 12 Monaten Anlaß für die Hersteller in den USA und Deutschland einen entsprechenden Hinweis in ihre Produktinformation ("Waschzettel") aufzunehmen¹¹.

Das Landgericht Essen hatte sich 1993 mit dem Tod des eingangs erwähnten fünfjährigen Kindes zu befassen. Bei der Narkoseeinleitung in der Gemeinschaftspraxis zweier HNO-Ärzte verwendete der Anästhesist das bei Muskeldystrophie Duchenne kontraindizierte Succinylcholin. In dem Prozeß war auch der Anästhesist wegen des Vorwurfs der fahrlässigen Tötung angeklagt.

Die Muskelerkrankung des Kindes war dem Anästhesisten nicht bekannt; er hatte das Kind vor der Narkoseeinleitung selbst nicht untersucht und auch nicht mit den Eltern ein Aufklärungsgespräch geführt. Der Operationsbetrieb in der Gemeinschaftspraxis war seit Jahren so organisiert, daß die einer Narkose vorausgehenden Maßnahmen von Nicht-Anästhesisten miterledigt wurden: Die zuweisenden Haus- und Kinderärzte sollten die Patienten auf "Narkosefähigkeit" untersuchen und die HNO-Ärzte sollten die Patienten bei der Einholung der Einwilligung nicht nur über die operativen sondern auch über die anästhesiologischen Risiken aufklären. Der Anästhesist, der für die Narkose extra anreiste, beschränkte seine Tätigkeit lediglich auf das Narkotisieren - immer im Vertrauen darauf, daß ihm nur für die von ihm verwendeten Anästhesiemedikamente geeignete Patienten zugeführt würden. In dem zu beurteilenden Fall hatte ein Hausarzt das Kind auf "Operations- und Narkosefähigkeit" untersucht, er wußte von der Muskelerkrankung, hatte es aber unterlassen, diese, gegen den Gebrauch von Succinylcholin sprechende Bedingung, schriftlich mitzuteilen. Wie sich während des Prozesses herausstellte, wußten auch die HNO-Ärzte von der Muskelerkrankung, hatten jedoch die Bedeutung der Erkrankung für die Anästhesieführung nicht erkannt und infolge dessen den Anästhesisten auch nicht informiert.

Das Gericht hatte nun zu entscheiden, ob der Anästhesist - entsprechend einer "langjährigen, erfolgreichen Zusammenarbeit mit den HNO-Ärzten" - zu Recht darauf vertrauen durfte, daß die Operateure ihm keinen Patienten zuführen würden mit einer Er-

krankung (hier der Muskeldystrophie), bei der sich der Gebrauch von bestimmten Anästhesiemedikamenten verbieten würde (hier das Succinylcholin).

"Nein, der Anästhesist darf sich nicht ausschließlich auf die Befunde von Hausarzt und Operateur verlassen" ist die Antwort, die sich aus der Literatur ohne Mühe herleiten läßt, denn er muß "... sich anhand der mitgeteilten oder selbst zu erhebenden Befunde ein zutreffendes Bild über den gesundheitlichen Zustand und im Hinblick darauf das Narkoserisiko prüfen und den Patienten ausreichend auf den Eingriff vorbereiten" ¹². In gleicher Weise hebt die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin die Bedeutung der Untersuchung durch den Narkosearzt hervor: "Der Anästhesist trägt die Verantwortung für die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während des Eingriffes. Damit obliegt ihm die Beurteilung der Anästhesiefähigkeit und der Notwendigkeit einer anästhesiologischen Vorbehandlung, die Wahl des Betäubungsverfahrens und der anzuwendenden Anästhetika sowie die Entscheidung über spezielle Vorsichtsmaßnahmen. Dies setzt voraus, daß er praeoperativ die Belastbarkeit des Patienten sorgfältig prüft, um festzustellen, ob spezifische Risiken gegeben sind." ².

Und schließlich wird auch der Zeitpunkt der Untersuchung durch den Anästhesisten festgelegt. In einem Memorandum zur Situation niedergelassener Anästhesisten heißt es hierzu: Abgesehen von Notfällen beginnt die Tätigkeit des Anästhesisten "... mit der Voruntersuchung des Patienten auf seine Narkosefähigkeit. Diese sollte 1-2 Tage vor dem geplanten ambulanten Eingriff erfolgen, um erforderlichenfalls noch Zeit für ergänzende Befunderhebungen zu haben. Im Rahmen dieser Voruntersuchung ist auch ein Aufklärungsgespräch mit dem Ziel zu führen, die rechtswirksame Einwilligung des Patienten zu dem geplanten Betäubungsverfahren zu erhalten" ¹.

Vor einer Narkose ist nach "Muskel-erkrankungen und Muskelschwäche"

zu fragen. Diese Frage hätte im zu erörternden Fall die Muskeldystrophie des Kindes - die Eltern wußten davon - zutage gefördert, mit der Folge, daß der Anästhesist kein Succinylcholin gegeben und für die Muskelerkrankung ein anderes Medikament verwendet hätte. So scheint der Verzicht des Anästhesisten auf eine rechtzeitige eigene Untersuchung zumindest auf den ersten Blick - den Vorwurf eines Verstoßes gegen die Regeln der ärztlichen Kunst zu begründen. Hier muß jedoch eingewendet werden, daß der medizinischen Literatur durchaus Hinweise entnommen werden können, die die Vorgehensweise des Anästhesisten und die Organisationsform in der HNO-Praxis decken, d. h. die den Anästhesisten zum Zeitpunkt des Unglücks in seiner Ansicht bestärkten, sich darauf zu verlassen, daß ihm Hausärzte und Operateure keine Patienten zuführen, mit einer Erkrankung, bei der sich der Gebrauch von Succinylcholin verbieten würde:

1. Die Einbindung des Hausarztes in die Untersuchung eines Patienten vor Operationen ist in der Literatur gut dokumentiert. So heißt es in einem Lehrbuch der Anästhesie ⁴: "Die Voruntersuchung des Patienten muß ausreichend lange vor der Operation durchgeführt werden. Sie sollte idealerweise durch den Anästhesisten erfolgen. ALTERNATIV können die erforderlichen Laboruntersuchungen und physikalischen Befunde auch vom Hausarzt oder dem Operateur erhoben werden." Es sei schon an dieser Stelle angemerkt: Wenn diese Alternative ohne Einbuße an Sicherheit für die Patienten praktiziert wird, dann setzt sie voraus, daß Hausärzte und Operateure über die besonderen Anforderungen des Faches Anästhesiologie Bescheid wissen, denn nur so können aussagekräftige Befunde erhoben werden. Die besondere Qualifikation der Hausärzte bei Untersuchungen auf "Operations- und Narkosefähigkeit" betont der Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten ⁶, weil diese ihre Patienten seit Jahren kennen, und damit in besonderer Weise geeignet sind, Faktoren aufzudecken, die den Verlauf einer Operation in Narkose komplizieren

könnten. Zu der Frage, ob der Patient überhaupt operiert und anästhesiert werden kann, führt der Präsident weiter aus: "Dies kann nur der Arzt entscheiden, der den Patient kennt und der auf dem Gebiet der Inneren Medizin die notwendigen Kenntnisse besitzt." Diese Äußerung blieb nicht unwidersprochen¹³, jedoch hätte der Anästhesist - gestützt auf die unmißverständliche Ansicht des Präsidenten des BDI - erwarten können, daß ihm der wesentliche Befund "Muskeldystrophie" mitgeteilt worden wäre. Da in der äußerst knapp gehaltenen schriftlichen Information durch den Hausarzt jeglicher Hinweis auf die seit Jahren bestehende Muskelerkrankung fehlte, somit - zumindest im Jahre 1990 - nichts gegen die Verwendung von Succinylcholin sprach, leitete der Anästhesist die Narkose mit der bei Muskeldystrophie tödlichen Substanz ein.

2. Es ist zwar nicht Aufgabe eines Operateurs, alles abzuklären, was einer Narkose entgegensteht, aber vielleicht hätte der Anästhesist trotzdem von den Operateuren einen Hinweis auf die Muskeldystrophie des Kindes erwarten können, denn es ist die Pflicht des Operateurs zu klären, was einem Eingriff in ambulanter Praxis entgegensteht³. Bei der Entscheidung, ob das Kind überhaupt ambulant operiert werden durfte, hätte berücksichtigt werden müssen, daß es noch Tage nach einfachen Operationen bei muskeldystrophischen Patienten zu plötzlichen Todesfällen gekommen ist. Im konkreten Falle hätte dies bedeutet, daß bei der gemeinsamen Risikoabwägung durch Operateur (dieser wußte um die komplizierende Begleiterkrankung) und Anästhesist die Muskeldystrophie des Kindes zur Ablehnung des Eingriffes in ambulanter Praxis hätte führen müssen.

Die auf dem "Vertrauensgrundsatz" begründete Praxis des Anästhesisten ist wie ein Kartenhaus zusammengefallen und endete mit dem Tod eines Kindes. Dies jedoch kann nicht verwundern, denn es ist literaturkundig und im zu erörternden Falle erneut bestätigt worden, daß Nicht-Anästhesisten spezifische Kenntnisse (hier die

Bedeutung der Muskeldystrophie für die Narkoseführung) fehlen⁹. Dieser Kenntnismangel ist - mit Blick auf die Fachgebietsgrenzen - nicht zu beklagen, er muß jedoch bei Festlegung von Organisationsformen berücksichtigt werden: Wird die anästhesiologische Untersuchung und Aufklärung vor einer Operation allein dem Hausarzt und dem Operateur überlassen, so begünstigt diese Organisationsform das Nichterkennen anästhesiespezifischer Risiken. Und so ist es ganz erstaunlich, daß diese Vorgehensweise, die in dem vom Landgericht Essen zu erörternden Fall zum Tode eines Kindes führte, noch immer als praktikabel vorgestellt wird. Grund für solche gelegentlichen Empfehlungen sind organisatorische Schwierigkeiten, die sich für den Anästhesisten ergeben, alle seine Patienten rechtzeitig vor dem

Eingriff selbst zu untersuchen, wenn er in verschiedenen Praxen Narkosen gibt. Kürzlich konnte man lesen: "Die Voruntersuchung des Patienten muß ausreichend lange vor der Operation durchgeführt werden. Sie sollte idealerweise durch den Anästhesisten erfolgen, jedoch läßt sich dieses Prinzip nicht grundsätzlich bei allen Patienten einhalten"⁵. An anderer Stelle wird betont: "Es wird sich im Allgemeinen anbieten, daß der Operateur - weil der Anästhesist häufig nicht anwesend sein wird - auch über die Anästhesie-Risiken aufklärt"⁷. Angesichts der Propagierung einer Ausweitung der operativen Versorgung ambulanter Patienten hat die Entscheidung der Richter in Essen somit über den konkreten Fall hinaus aktuelle Bedeutung für die Organisation der Patientenversorgung in der ambulanten Praxis.

Dr. jur. M. Andreas aus juristischer Sicht

Ein Fehler bei der Narkoseanamnese führte zu einem Behandlungsfehler, der Gabe eines kontraindizierten Anästhetikums, das wiederum den Tod des kleinen Patienten herbeiführte. Die Verurteilung des Anästhesisten wegen fahrlässiger Tötung trifft diesen hart, erfolgte aber zu Recht.

Bemerkenswert an diesem Urteil ist, daß das Gericht grundsätzlich davon ausgeht, der Anästhesist könne die Narkoseanamnese delegieren. Ausschlaggebend hierfür war wohl einerseits die vom Gericht hervorgehobene "jahrelange erfolgreiche Zusammenarbeit" der beiden HNO-Ärzte mit dem Anästhesisten. Andererseits wollte das Gericht wohl nicht Stellung zu der innerärztlichen Auseinandersetzung beziehen, ob die Narkoseanamnese besser durch den Hausarzt/Internisten, den Operateur oder den Anästhesisten vorzunehmen sei. Das Gericht hatte daher keine Bedenken dagegen, daß der Anästhesist den Patienten nicht selbst einige Tage vor der Operation untersuchte. Die Zulässigkeit einer Narkoseanamnese durch Nichtanästhesi-

sten ändert aber nichts daran, daß den Anästhesisten die Letztverantwortung trifft. Dieser muß sich davon überzeugen, daß die Anamnese ordnungsgemäß und sorgfältig erfolgt ist und die Ergebnisse vollständig und richtig weitergegeben werden. Die strafrechtliche Verantwortung des Anästhesisten ergab sich nicht daraus, daß dieser sich die Vorarbeiten des Hausarztes bzw. der HNO-Ärzte zunutze machte, sondern aus dem Verzicht auf eine eigene Anamnese, obwohl die Informationen, die der Anästhesist erhielt, erkennbar lückenhaft und unzureichend waren. Deshalb hätte der Anästhesist trotz "langjähriger und erfolgreicher Zusammenarbeit" das Kind selbst untersuchen bzw. die Eltern befragen müssen. Erforderlichenfalls hätte die Operation verschoben werden müssen, um eine ordnungsgemäße Narkoseanamnese zu ermöglichen.

Folgerichtig wurde nur der Anästhesist, nicht aber die beiden HNO-Ärzte verurteilt, deren Befunderhebung aus anästhesiologischer Sicht nicht genügen konnte. Die Letztverant-

wortung des Anästhesisten für die Narkose bedeutet auch eine Entlastung seiner operierenden Kollegen, deren spezifisch fachärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß, deren anästhesiologische "Zuarbeit" aber erkennbar ungenügend war.

Das vorliegende Urteil nötigt erneut zu dem Hinweis, daß bei ambulanten Operationen der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachärzte und der sachgemäßen Operationsvorbereitung erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken ist. Zu dem tödlich verlaufenen Narkosezwischenfall kam es nur deshalb, weil die bei stationären Operationen übliche präoperative Phase fehlte, die eine sachgerechte Operationsvorbereitung ermöglicht hätte. Auch wenn die beteiligten Fachärzte - wie vorliegend der Anästhesist - "zur Operation extra anreisen" dürfen sie nicht zögern, den Operationstermin zu verschieben, wenn sie erkennen, daß notwendige Vorarbeiten unvollständig erledigt wurden.

Die Revision des Anästhesisten wurde durch den Bundesgerichtshof verworfen, weil die Nachprüfung des landgerichtlichen Urteils keinen Rechtsfehler zum Nachteil des Angeklagten ergeben hatte. Somit steht aufgrund des Urteils des Landgerichts Essen rechtskräftig folgendes fest:

Der Angeklagte ist für den Tod des Kindes M. verantwortlich. Seine Pflichtwidrigkeit liegt darin, daß er es unterlassen hat, eine ordnungsgemäße narkosespezifische Anamnese zu erheben. Er selbst hat keine narkoserelevanten Fragen gestellt. Statt dessen hat er im Hinblick auf das Vorliegen der Narkosefähigkeit des Kindes den Hals-Nasen-Ohren-Ärzten vertraut. Es ist im Rahmen einer langjährigen Teamarbeit zulässig, sich grundsätzlich auf die fehlerfreie Mitwirkung von Kollegen aus anderen Fachrichtungen zu verlassen. Dennoch kann sich der Angeklagte im vorliegenden Fall nicht auf einen Vertrauensgrundsatz berufen. Denn ihm allein obliegt als Anästhesist die abschließende Beurteilung der Narkosefähigkeit eines Patienten. Um

dieser Aufgabe gerecht zu werden, hätte der Angeklagte sicherstellen müssen, daß auch anästhesierelevante Informationen tatsächlich erhoben werden und sicher an ihn herangelangen. Dies ist gerade nicht geschehen. Ihm lag lediglich ein kleines Blutbild nebst Gerinnungsfaktor sowie das Krankenblatt und ein Überweisungsträger des Hausarztes vor. Diese Unterlagen waren nichtssagend. Aus ihnen ergaben sich weder narkoserelevante Fragen noch Antworten. Auch der von der HNO-Gemeinschaftspraxis herausgegebene Aufklärungsbogen, der mit "Liebe Eltern!" überschrieben ist, enthält keinen für einen Anästhesisten relevanten Fragekomplex. Auch insoweit hätte sich der Angeklagte davon überzeugen müssen, daß für die Narkose bedeutsame Fragen z. B. anhand eines ordentlichen Aufklärungsbogens bei dem Patienten gestellt und auch dokumentiert werden. Im Hinblick auf die Narkosefähigkeit des Kindes M. hat die HNO-Praxis damit keinen Vertrauenstatbestand gesetzt, auf den der Angeklagte sich hätte verlassen dürfen. Vor diesem Hintergrund hätte er vor der Operation eine eigene Anamnese bei den Eltern erheben müssen, bei der das Vorliegen der Muskeldystrophie sofort zutage getreten wäre.

Literaturverzeichnis

- 1) Berufsverband Deutscher Anästhesisten (1986) Memorandum zur Situation niedergelassener Anästhesisten. *Anästh Intensivmed* 27: 290
- 2) Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (1982) Entschließung zur anästhesiologischen Voruntersuchung. *Anästh Intensivmed* 23: 446
- 3) Fritz K (1994) Möglichkeiten, Voraussetzungen und Probleme des ambulanten Operierens. In: *Ambulantes Operieren*. Graf-Baumann T, Hirsch G, Weißauer W, Welter HF (Hrsg.) Springer, Berlin S 43-56
- 4) Larsen R (1987) *Anästhesie*. Urban & Schwarzenberg, München, S 740

- 5) Larsen R (1994) *Ambulante Anästhesie*. In: Larsen R (Hrsg.) *Anästhesie*, 4. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München, S 899-904
- 6) Pasewald G (1978) Zum Protest einiger Berufsverbände gegen Behinderung präoperativer Untersuchungen. I. Stellungnahme des Präsidenten des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI). *Informationen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.* 26: 137-138
- 7) Rehborn M (1994) Patientenaufklärung vor ambulanten Operationen - wann und durch wen? *ambulant operieren* 1: 24-25
- 8) Schulte-Sasse U (1994) Drei Stellungnahmen zu: Ist nach 40 Jahren die Zeit der Routineverwendung von Succinylcholin abgelaufen. *Schlußwort der Autoren. Anästh Intensivmed* 35: 27-31
- 9) Schulte-Sasse U (1995) *Anästhesie für Operationen bei ambulanten Patienten: Organisatorische Aspekte des Krankenhausarztes. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 30: 77-85
- 10) Schulte-Sasse U, Eberlein HJ, Kirch EM, Schlittenhardt W, Schmücker I, Underwood D (1993) Ist nach 40 Jahren die Zeit der Routineverwendung von Succinylcholin abgelaufen. *Anästh Intensivmed* 34: 230-234
- 11) Schulte-Sasse U (1995) Herzstillstand bei Kindern nach intravenöser Injektion von Succinylcholin (Suxamethonium). *Arzneiverordnung in der Praxis* 2/95: 2-3
- 12) Ulsenheimer K (1990) Analyse von Anästhesiezwischenfällen aus juristischer Sicht. In: Rügheimer E (Hrsg.) *Konzepte zur Sicherheit in der Anästhesie*. Springer, Berlin, S 31
- 13) Uter P, Merbeck G, Holfelder G, Hempel K, Knipper W (1987) Protest gegen die Behinderung präoperativer Untersuchungen. *Informationen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.* 26: 65-66