

# Haftungsfolgen wegen verspäteter Aufklärung

*Unterrichtung des Patienten erst unmittelbar vor nicht dringlicher Herzkatheterintervention – Folge 38 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“*

von **Herbert Weltrich †** und **Wilfried Fitting\***

**E**ingriffe in die körperliche Unversehrtheit des Patienten bedürfen seiner Einwilligung. Diese ist grundsätzlich nur rechtswirksam erteilt, wenn der Patient rechtzeitig, umfassend und verständlich über Art, Tragweite und Risiken der Behandlung sowie über in Betracht kommende Behandlungsalternativen mit geringeren Risiken aufgeklärt worden ist (Eingriffsaufklärung).

Von besonderer Bedeutung ist der Zeitpunkt der Unterrichtung. Dem Patienten muss ausreichend Zeit für seine Entscheidung bleiben, dem Eingriff zuzustimmen oder ihn, ggf. nach Einholung von anderweitigem Rat, abzulehnen. Diese Voraussetzung ist nicht mehr gegeben, wenn die Aufklärung so unmittelbar vor dem Eingriff erfolgt, dass der Patient schon während des Aufklärungsgesprächs mit einer sich unmittelbar anschließenden Durchführung des Eingriffs rechnen muss und deshalb unter dem Eindruck steht, sich nicht mehr aus einem bereits in Gang gesetzten Geschehensablauf lösen zu können (vgl. *BGH NJW 1996, 777*).

Die Gutachterkommission prüft die Frage, ob der Patient zeitgerecht und ausreichend aufgeklärt wurde, nur auf eine entsprechende Rüge des Patienten, denn er ist in erster Linie in der Lage zu beurteilen, inwieweit er sich vor seiner Einwilligungserklärung genügend informiert fühlte oder ob er bei einer umfassenderen Aufklärung nicht eingewilligt hätte.

Bei unzureichender Aufklärung

haftet der Arzt grundsätzlich für alle Schadensfolgen des mangels wirksamer Einwilligung rechtswidrigen Eingriffs, unabhängig davon, ob sein Vorgehen indiziert war und fachgerecht ausgeführt wurde (*Näheres zu den ärztlichen Aufklärungspflichten in Folge 4, Rheinisches Ärzteblatt November 2000, S. 19, im ÄrzteblattArchiv verfügbar unter [www.aekno.de](http://www.aekno.de)*).

Wenn die Ablehnung der Behandlung medizinisch unvernünftig und daher wenig verständlich gewesen wäre, kann der Arzt gegenüber der Aufklärungsrüge einwenden, dass der Patient bei ordnungsgemäßer Aufklärung eingewilligt hätte (hypothetische Einwilligung). Es ist dann Sache des Patienten nachvollziehbar zu begründen, dass er nach hinreichender Aufklärung abgelehnt hätte oder in einen Entscheidungskonflikt geraten wäre, der seine Ablehnung verständlich macht.

An den Nachweis der hypothetischen Einwilligung stellt die Rechtsprechung allerdings strenge Anforderungen, damit nicht die Pflicht zur Aufklärung des Patienten auf diesem Wege unterlaufen wird (vgl. *BGH NJW 1998, 2734*). Die hypothetische Einwilligung spielt daher bei Aufklärungsmängeln nur noch selten eine Rolle.

Entgegen den Befürchtungen mancher Ärzte, die Aufklärungsproblematik habe eine Vielzahl von Haftungsfällen zur Folge, hat die Gutachterkommission nur in ganz wenigen Fällen (unter 1 Prozent) einen haftungsbegründenden Aufklä-

rungs-mangel festgestellt, aber eine fehlerhafte Behandlung verneint.

Der nachfolgend geschilderte Sachverhalt enthält einen solchen Ausnahmefall, der sich vor kurzer Zeit ereignete. Seine Veröffentlichung dient der Warnung vor ähnlichen Unterlassungen mit oft schwerwiegenden Haftungsfolgen.

## Der Sachverhalt

Der 70 Jahre alte Patient litt seit Januar an wiederholt auftretenden Angina pectoris-artigen Schmerzen in der Brust. Der Hausarzt veranlasste deshalb zur diagnostischen Abklärung und ggf. Behandlung die stationäre Aufnahme im beschuldigten Krankenhaus, die am 21. März erfolgte.

Wegen einer drei Jahre zurückliegenden Tumorerkrankung in der Lunge mit Pneumektomie links und einer knapp 5 Monate zurückliegenden Nephrektomie rechts wurden zunächst zielgerichtet Untersuchungen zum Nachweis oder Ausschluss von krankhaften Veränderungen als Folgeerscheinungen des operativ behandelten Bronchialkarzinoms und des Nierentumors durchgeführt. Bei den Untersuchungen wurden keine tumorverdächtigen Veränderungen festgestellt.

Nachdem am 24. März beim Belastungs-EKG erneut Angina pectoris-Beschwerden schon bei geringer Belastung aufgetreten waren sowie im Echokardiogramm vom 26. März eine leichte Hypokinesie des spitzennahen linken Ventrikels und intraventrikulären Septums festgestellt

\* Herbert Weltrich, verstorben am 14. Juli 2006, Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D., war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Professor Dr. med. Wilfried Fitting war von 1987 bis 1996 Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission.

worden waren, wurde bei Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit die Indikation zur Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung gestellt.

## Aufklärung und Einwilligung

Über die geplante Untersuchung wurde der Patient am 27. März umfassend mündlich und schriftlich aufgeklärt. Auf die Möglichkeit spezieller Komplikationen einschließlich eines Herz-Kreislaufversagens wurde handschriftlich hingewiesen. Der Patient willigte noch am 27. März in die vorgeschlagene Linksherzkatheteruntersuchung und Koronarangiographie ein.

Die Untersuchung fand am Vormittag des 28. März statt und verlief diagnostisch ergiebig und komplikationslos. Es wurden eine so genannte koronare Dreifäßerkrankung mit führender hochgradiger Einengung im Ramus interventrikularis anterior der linken Herzkranzarterie und zusätzliche Einengungen sowohl im Ramus diagonalis I als auch im Ramus circumflexus der linken Herzkranzarterie und weitere mittelgradige Stenosen in der rechten Herzkranzarterie bei guter Pumpfunktion der linken Herzkammer festgestellt.

## Zustimmung des Patienten

Über den umfangreichen Untersuchungsbefund wurde der Patient noch auf dem Herzkathetertisch informiert, wobei ihm die erhobenen Befunde auf dem am Untersuchungstisch angebrachten Bildschirmmonitor vorgeführt wurden. Die behandelnden Ärzte boten unmittelbar darauf dem Patienten an, die hochgradige Einengung im vorderen absteigenden Ast der linken Herzkranzarterie sogleich unter Verwendung eines Ballondilatationskatheters zu behandeln mit dem Ziel, die Gefäßeinengung zu beseitigen.

Dem Untersuchungsprotokoll vom 28. März und einer späteren ergänzenden ärztlichen Stellungnahme ist zu entnehmen, dass der Patient der sofortigen Durchführung der ange-

botenen Behandlung zugestimmt habe, nachdem er mündlich über die Risiken, einschließlich der Möglichkeit eines Herzinfarktes, aufgeklärt worden sei. Der Inhalt der Aufklärung ist nicht dokumentiert.

## Dilatationsbehandlung mit Herzkathetertechnik

Unmittelbar nach der mündlichen Einwilligungserklärung des Patienten wurde mit den vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen begonnen. Aus den Krankenunterlagen folgt, dass die Einführung eines Führungsdrahtes in das Ostium der linken Kranzarterie sowie weiter in die Stenose im linken absteigenden Ast der Arterie auf anatomisch bedingte Schwierigkeiten stieß. Nach Austausch des Führungsdrahtes wurde ein erneuter Sondierungsversuch unternommen.

Danach trat ein heftiges und schmerzhaftes Engegefühl in der Brust auf; im EKG zeigten sich ST-Streckenhebungen. Die Symptome wiesen auf eine akute Durchblutungsstörung in der Vorderwand der linken Herzkammer hin. Eine erneute Kontrastmittelinjektion in die linke Herzkranzarterie ergab eine ausgedehnte Dissektion im Bereich des linkskoronaren Hauptstamms mit Beteiligung der Aortenwurzelwand und Ausbildung eines Kontrastmitteldepots in diesem Bereich. Es floss kein Kontrastmittel mehr in den vorderen absteigenden Ast der linken Herzkranzarterie und in den proximalen Ramus circumflexus der linken Arterie ab.

Es wurde sofort eine Infusion mit gerinnungshemmenden Medikamenten begonnen und fortgeführt. Außerdem wurde über einen venösen Zugang eine temporäre Herzschrittmacherelektrode in die Spitze der rechten Herzkammer vorgeführt, da sich eine Bradykardie und Zeichen eines kardiogenen Schocks entwickelten. Danach traten jedoch ventrikuläre Tachykardien auf, so dass der Schrittmacher zurückgezogen werden musste. Zudem erfolgten die Intubation des linksseitig

pneumektomierten Patienten und eine kontrollierte Beatmung der rechten Lunge.

Auch nach einer Dilatation im Hauptstamm der linken Herzkranzarterie zeigte sich keine Flussverbesserung. Wegen rezidivierenden Kammerflimmerns musste mehrfach mit steigenden Energieabgaben elektrodefibrilliert werden. Zusätzlich wurden Lidocain und Cordarex appliziert. Nach einem erneuten Wechsel des Führungskatheters und Vorführung eines Führungsdrahtes in den Bereich der Dissektion des linkskoronaren Hauptstamms erfolgte dort die Implantation einer Koronargefäßstütze. Eine weitere Kontrastmittelinjektion zeigte zwar eine Durchströmung der linken Herzkranzarterie, aber keinen Abfluss im Bereich des Ramus circumflexus und des peripheren absteigenden Astes der Arterie bei fortschreitendem Pumpversagen der linken Herzkammer.

Die zusätzlich nach Eintritt der Dissektion durchgeführten Reanimationsmaßnahmen blieben ohne Erfolg, so dass der Patient in tabula am Herzversagen verstarb.

## Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission nahm wie folgt Stellung:

1. Indikation, Aufklärung und Durchführung der Herzkatheteruntersuchung am 28. März boten keinen Anlass zu irgendwelchen Beanstandungen. Die sachgerechte Maßnahme entsprach dem medizinischen Standard.
2. Die Indikation zur Durchführung der vorgeschlagenen Herzkatheterinterventionsbehandlung der nachgewiesenen Engstelle in dem vorderen absteigenden Ast der linken Herzkranzarterie war ebenfalls sachgerecht gegeben. Allerdings bestand keine dringliche notfallmäßige Indikation zur sofortigen Durchführung dieser Maßnahme.
3. Die Intervention wurde fachgerecht begonnen und durchgeführt. Die alsbald aufgetretene Dissektion im Hauptstamm der linken Herzkranzarterie ist eine auch bei fehlerfreiem Vorgehen im Einzelfall nicht sicher ver-

meidbare behandlungstypische Komplikation, auf die deshalb bei sachgerechter Aufklärung ausdrücklich hinzuweisen ist. Der Eintritt dieser Komplikation ist daher nicht als Behandlungsfehler zu werten.

4. Alle Maßnahmen, die der notfallmäßigen Behandlung der Koronarwanddissektion dienen, hat die Kommission als situationsangemessen und sachgerecht bewertet. Angesichts der Art und Schwere der Komplikation hätte mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Eintritt des Todes auch dann nicht verhindert werden können, wenn der Patient sofort in einen herzchirurgischen Operationssaal zur Durchführung einer notfallmäßigen Herzoperation verlegt worden wäre.
5. Entscheidend für die Beurteilung des Falles ist jedoch die Feststellung, dass der Patient mangels zeitgerechter Aufklärung nicht rechtswirksam in den – damit rechtswidrigen – Ein-

griff eingewilligt hat. Fehlerhaft war es, das Einverständnis des Patienten unmittelbar nach Feststellung des behandlungsbedürftigen Befundes einzuholen. Dem noch auf dem Katheterisch liegenden Patienten wurde nicht ermöglicht, in Ruhe und unter zumutbaren Umständen über seine Zustimmung zu entscheiden. Er hatte keine Gelegenheit, die Risiken zu überdenken und abzuwägen. Er sah sich vielmehr der offensichtlichen Erwartung der Ärzte ausgesetzt, er werde dem Eingriff zustimmen.

Die Rechtsprechung (vgl. *BGH NJW 1996, 777*) hat in solchen Fällen eine rechtzeitige Aufklärung verneint und damit die mündliche Einwilligung des Patienten für unwirksam erklärt. Die Gutachterkommission ist dieser Auffassung gefolgt.

#### Hypothetische Einwilligung?

Die Kommission hat auch die Frage einer etwaigen hypothetischen Einwilligung erörtert, d. h. der Patient hätte bei zeitgerechter ordnungsmäßiger Aufklärung in die Behandlung eingewilligt. Der strengen Anforderungen unterliegende Nachweis einer solchen (vermuteten) Zustimmung kann unter den gegebenen Umständen nicht gelingen, denn es lässt sich nicht sicher feststellen, ob der Patient in Ruhe nach Abwägung der Risiken zugestimmt hätte. Seine mündliche Erklärung auf dem Katheterisch ist kein Indiz für eine zeitgerecht erklärte Einwilligung, zumal über den Inhalt der Aufklärung wegen fehlender Dokumentation nichts näher bekannt ist.

Die Feststellung, dass der Eingriff mangels wirksamer Einwilligung rechtswidrig war, führt zur Haftung für die Folgen.



**ZTE MME N HEIN**

K r r s c h f t s f f r t l i c h e n c h t s

Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. 0211/4302-0, Internet: [www.aekno.de](http://www.aekno.de)

### Folgende Materialien können Ärztinnen und Ärzte kostenlos bestellen:

Fax: 0211/4302-1244, E-Mail: [pressestelle@aekno.de](mailto:pressestelle@aekno.de)

#### Stabsstelle Kommunikation

- Expl. Tätigkeitsbericht der Ärztekammer Nordrhein
- Expl. Organigramm der Ärztekammer Nordrhein
- Expl. Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler – Gutachterliche Entscheidungen veröffentlicht im *Rheinischen Ärzteblatt*
- Expl. IGeL-Leistungen/Flyer
- Expl. Organspendeausweise zur Auslage in der Praxis und Klinik

#### aus dem Bereich Gesundheitsberatung

- Expl. Gesund macht Schule/Flyer
- Expl. Gesund und mobil im Alter – Sturzprävention/Flyer
- Expl. Gesund und mobil im Alter – Sturzprävention/Broschüre (für Ärzte und Therapeuten)

Weitere Informationen auch unter [www.aekno.de](http://www.aekno.de)  
BürgerInfo/Gesundheitsförderung

#### Düsseldorfer Bündnis gegen Depression

- Expl. Poster (für die Praxis)
- Expl. Depression kann jeden treffen/Flyer
- Expl. Depression im Kindes- und Jugendalter/Flyer
- Expl. Depression im Alter/Flyer

Internetseite: [www.depressionduesseldorf.de](http://www.depressionduesseldorf.de)

#### Ressort Allgemeine Fragen der Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik,

- Expl. Integrierte Versorgung
- Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Krankenhaus

#### Rechtsabteilung

- Expl. Berufsordnung
- Expl. Heilberufsgesetz NRW
- Expl. Schönheitschirurgie
- Expl. Informationen zur Organspende
- Expl. Patientenverfügung/Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge (max. 10 Expl.)
- Expl. Internetdarstellung
- Expl. Ärztl. Werberecht
- Expl. Samenspende

Adresse/Arztstempel: