

# Sicherstellung einer erforderlichen Medikation bei Entlassung

Die Sicherungsaufklärung, auch therapeutische Aufklärung genannt, soll den Patienten über Umstände und/oder Verhaltensweisen informieren, die zur Sicherung des Heilerfolgs oder eines therapiegerechten Verhaltens von Bedeutung sind.

von Peter Hanrath, Erwin Wolf und Beate Weber

Nach einer Koronarstent-Implantation muss der Patient über die Notwendigkeit der Einnahme gerinnungshemmender Medikamente und die Folgen bei Nichteinnahme aufgeklärt werden. Es ist sicherzustellen, dass dem Patienten diese unbedingt erforderliche gerinnungshemmende Medikation bei Entlassung überbrückungsweise für die folgenden Tage zur Verfügung gestellt wird oder dass er am Entlassungstag noch einen Arzt aufsucht, damit ihm die Medikamente rezeptiert werden. Es empfiehlt sich, dem Patienten bei Entlassung vor dem Wochenende oder einem nachfolgenden Feiertag die Medikamente mitzugeben. Die Tatsache, dass eine diesbezügliche Dienstanweisung besteht, entbindet die Ärzte nicht vom individuellen Nachweis der Sicherungsaufklärung. Diese ist im folgenden Fall unterblieben mit der Folge eines akuten Herzinfarktes.

## Der Sachverhalt

Der Patient wurde am 22. September wegen einer belastungsabhängigen Angina pectoris-Symptomatik und pathologischer Ergometrie zur invasiven Diagnostik in die beklagte Kardiologische Klinik aufgenommen. Als kardiovaskuläre Risikofaktoren bestanden, neben einer familiären Belastung, eine Hypertonie und eine Fettstoffwechselstörung. Die invasive Diagnostik ergab bei normaler linksventrikulärer Funktion eine 95-prozentige Stenose im proximalen und mittleren Bereich des absteigenden Astes der linken Herzkranzarterie (LAD) sowie eine 90-prozentige Abgangsstenose im ersten Diagonalast im

Sinne einer 1-Gefäßerkrankung bei starker Koronarverkalkung. In gleicher Sitzung wurden die Stenosen im proximalen und mittleren LAD-Bereich sowie im Ramus diagonalis mit vier nicht medikamentös beschichteten Stents versorgt. Aufgrund der diffusen Koronarverkalkung war die Prozedur komplex und schwierig. Im Rahmen des Eingriffs erhielt der Patient eine Ampulle Aspirin® (500 mg) und 5.000 I.E. Heparin® intrakoronar sowie zusätzlich intraoperativ als Bolus Aggrastat® mit anschließender 24-stündiger Infusionstherapie (9 ml/h) sowie 600 mg Iscover®. Ausweislich des Herzkatheterprotokolls wurde eine kombinierte thrombozytenaggregationshemmende Therapie über einen Monat empfohlen. Die postinterventionelle Betreuung erfolgte auf der Intermediate Care-Station. Dort bestand die Medikation ausweislich der Fieberkurve aus Iscover® 75 mg/die, Aspirin® 100 mg oral und einer Heparin®- sowie Aggrastat-Infusion bis 17 Uhr des 22. September. Eine invasive Kontrolluntersuchung am Folgetag wies ein gutes angiographisches Kurzzeitresultat aus. An diesem Tag erfolgte die Verlegung auf eine periphere Bettenstation unter folgender Medikation, die bis zum Tag der Entlassung am 24. September beibehalten und auch an den Hausarzt durch den an den Patienten überreichten Entlassungsbrief ausgewiesen wurde: Aspirin 100 mg, Iscover 75 mg, Simvastatin 20 mg, Ramipril 2,5 mg, Beloc zoc mite® 50 mg und Zantic® 300 mg.

Der Patient gibt an, er sei auf die Notwendigkeit der unbedingten Einnahme der antithrombotischen Medikation (Iscover® und Aspirin®) zur Vermeidung einer Stent-Thrombose zu keinem Zeitpunkt hingewiesen worden. Auch seien ihm in Anbetracht des unmittelbar bevorstehenden Wochenendes keine entsprechenden Medikamente zur Überbrückung mitgegeben worden.

Aus dem Entlassungsbrief wie aus den vorliegenden Akten geht nicht hervor, dass der Patient über die Notwendigkeit einer konsequenten plättchenaggregationshemmenden Therapie mündlich unterrichtet wurde. Auch wird nicht ersichtlich, dass

zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten für das bevorstehende Wochenende die entsprechende Medikation mitgegeben wurde.

In den Morgenstunden des 27. September wurde der Patient bei hämodynamisch stabilen Kreislaufverhältnissen, seit dem Morgen bestehenden akuten heftigsten pectanginösen Beschwerden und dem elektrokardiographischen Befund eines akuten Vorderwandinfarktes notfallmäßig erneut in die primär in Anspruch genommene Klinik aufgenommen. Ausweislich des EKGs lag ein supraapikaler Infarkt mit ST-Hebungen in den Ableitungen V1 bis V4 mit erhaltenen R-Zacken und schneller Rückbildungstendenz in den folgenden Tagen vor. In der sofort durchgeführten invasiven Diagnostik fand sich ein thrombotischer Gefäßverschluss im proximalen LAD-Bereich unmittelbar vor dem ersten Stent mit einer zusätzlichen subtotalen Abgangsstenose im ersten Diagonalast. Das Gefäß konnte erfolgreich rekanalisiert werden. Es wurde im Verschlussbereich ein neuer überlappender Stent erfolgreich implantiert und die subtotale Diagonalast-Stenose erfolgreich dilatiert. Unter dem Verdacht auf eine Clopidogrelresistenz erfolgte am 29. September eine Umstellung auf Prasugrel® (10 mg/die). Ein Echokardiogramm von diesem Tag wies eine normale linksventrikuläre Funktion auf. Am 2. Oktober wurde der Patient beschwerdefrei in die hausärztliche Behandlung entlassen bei folgender Medikation: ASS® 100 mg, Prasugrel® 10 mg, Beloc zoc mite® 50 mg, Ramipril 2,5 mg, Simvaheal® 20 mg, Ranitidin 300 mg. Ausweislich einer handschriftlichen Eintragung im Verordnungsbogen wurde dem Patienten „eine Packung Prasugel® mitgegeben“.

## Beurteilung

Für die invasive Diagnostik bestand aufgrund der Klinik und des pathologischen Ergometrie-Befundes eine klare Indikation. Erfolgreich konnte koronarinterventionell eine sogenannte 1-Gefäßerkrankung mit vier Stents behandelt werden. Aufgrund der komplexen Koronar-

### Sicherungsaufklärung und Eingriffsaufklärung

Der Fall gibt Anlass, auf Besonderheiten der Sicherungsaufklärung in Abgrenzung zur Eingriffsaufklärung hinzuweisen. Die letztgenannte Aufklärung, deren Inhalt die Information des Patienten über Art und Durchführung einer geplanten Behandlung und über deren Risiken ist, soll dem Patienten die für seine Entscheidung über die Einwilligung in die Behandlung erforderlichen Kenntnisse vermitteln. Wird diese Aufklärung nicht oder unzureichend erteilt, fehlt es in der Regel an einer rechtswirksamen Einwilligung und ist die dennoch erfolgte Behandlung rechtswidrig.

Die Sicherungsaufklärung, auch therapeutische Aufklärung genannt, soll hingegen den Patienten über Umstände und/oder Verhaltensweisen informieren, die zur Sicherung des Heilerfolgs oder eines therapiegerechten Verhaltens von Bedeutung sind. Sie dient also dem Schutz des Patienten vor eigenem Fehlverhalten. Sie bezieht sich auf eine Vielzahl von Tatbeständen, die während der Behandlung, aber auch noch, wie in dem Fall dargestellt, in der Zeit nach der Behandlung liegen können. Die Rechtsprechung

hierzu weist eine Fülle von Beispielen auf, beginnend etwa mit dem Hinweis auf die Dringlichkeit der Behandlung nach der ersten Untersuchung und endend mit Anweisungen für das künftige Verhalten des Patienten nach dem Ende der Behandlung, um Rückfälle oder Verschlimmerung zu vermeiden.

Bei einem Verstoß gegen die Pflicht zur Sicherungsaufklärung handelt es sich um einen Behandlungsfehler, für den verfahrensrechtlich dieselben Regeln gelten wie für sonstige Behandlungsfehler. Die Beweislast für das Vorliegen eines solchen Fehlers liegt also beim Patienten. Da nicht wie bei der Eingriffsaufklärung ein von Patient und Arzt unterschriebenes Aufklärungsdokument angefertigt wird, kann die Beweisführung schwierig sein. In den Fällen, in denen eine aus medizinischen Gründen dokumentationspflichtige Sicherungsaufklärung vom Arzt nicht dokumentiert ist, kann aus der Nichtdokumentation eventuell geschlossen werden, dass sie nicht erfolgt ist. In einem solchen Fall müsste der Arzt beweisen, dass dies doch der Fall war.

morphologie war eine intensivierete intraoperative und postinterventionelle thrombozytenhemmende Medikation mit Aggrastat® und der üblichen oralen, dualen thrombozytenhemmenden Therapie bestehend aus Aspirin® 100 mg und 75 mg Iscover® erforderlich und wurde sachgerecht entsprechend dem medizinischen Standard bis zur Entlassung zwei Tage später verabreicht.

Nach Stent-Implantation beziehungsweise spätestens vor der Entlassung hätte der Patient aber über die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Einnahme der beiden gerinnungshemmenden Medikamente zur Verhinderung eines Stentver-

schlusses und die Gefahren und Konsequenzen einer Nichtbeachtung dieser Tableteneinnahme aufgeklärt werden müssen. Bei Nichteinnahme der dringlich gebotenen dualen antithrombotischen Therapie – wie im vorliegenden Falle – ist das Risiko einer Stent-Thrombose nahezu 100 Prozent. Ausweislich der Leitlinien für perkutane Koronarinterventionen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie muss bei metallischen Stents Clopidogrel für mindestens drei bis vier Wochen und Aspirin® lebenslang eingenommen werden (E H J, 2005, 26, 804-47).

Ferner hätte – insbesondere in Anbetracht des bevorstehenden Wochenendes –

Vorsorge getroffen werden müssen, den Patienten über das Wochenende hinaus mit diesen notwendigen Medikamenten zu versorgen, wie es in vielen Kliniken üblich ist und wie es bei Entlassung nach notfallmäßiger Wiederaufnahme in der beklagten Klinik dann nachweislich auch geschah. Alternativ hätte man den Patienten eindringlich darauf hinweisen müssen, sich in Anbetracht des bevorstehenden Wochenendes noch am Entlassungstag beim Hausarzt oder KV-Notarzt zwecks Ausstellung eines entsprechenden Rezepts vorzustellen. Entsprechende Anweisungen sind aus den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen. Dass es nach der Stellungnahme des Chefarztes eine Dienstanweisung gegeben haben soll, die Problematik der Medikamenteneinnahme im Rahmen der täglich stattfindenden Visiten anzusprechen, ersetzt die Notwendigkeit der Dokumentation einer diesbezüglichen Sicherungsaufklärung des Patienten nicht.

Der zwei Tage später aufgetretene Vorderwandinfarkt ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die unterbliebene, aber dringend gebotene Fortführung der dualen antithrombotischen Therapie zurückzuführen. Durch die rechtzeitige und erfolgreiche Reperfusion der verschlossenen Herzkranzarterie ist es zu keiner erkennbaren Beeinträchtigung der globalen linksventrikulären Pumpfunktion gekommen.

**Professor Dr. Peter Hanrath** ist stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied, Vorsitzender Richter am Landessozialgericht a. D. **Dr. jur. Erwin Wolf** ist stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztlichen Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, **Dr. Beate Weber** ist Mitarbeiterin der Geschäftsstelle der Gutachterkommission.



### Veranstaltungen der Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen

- 15. – 18.11.2012 **Neues aus den Spezialfächern für hausärztlich tätige Allgemeinmediziner und Internisten**  
102. Klinische Fortbildung
- 17. – 18.1.2013 **16. Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall**
- 8. – 9.3.2013 **42. Symposium für Juristen und Ärzte: Medizin und Recht in Kindheit und Alter**
- 30. – 31.5.2013 **Das Deutsche Gesundheitssystem – Kompaktkurs für ausländische Ärztinnen und Ärzte**

#### Weitere Informationen:

#### Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen

Robert-Koch-Platz 7,  
10115 Berlin (Mitte),  
Telefon 030 30888920/-28,  
Telefax 030 30888926,  
c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de

[www.Kaiserin-friedrich-stiftung.de](http://www.Kaiserin-friedrich-stiftung.de)