

## Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Durch den Sturz vom Behandlungstisch, bedingt durch ein desorientiertes und aggressives Verhalten des Patienten, hat sich kein voll beherrschbares Risiko realisiert.



Foto: chokniti – stock.adobe.com

Wenn die Sturztendenz eines Patienten (hier ein Symbolbild) aus der maßgeblichen Sicht ex ante nicht erkennbar war, mussten sich entsprechend keine Sicherungsmaßnahmen ergreifen werden.

### Anlass für die Schlichtung

Der Patient beanstandete eine Vorsorgekoloskopie, da er in der Aufwachphase nicht hinreichend gesichert worden sei. Infolgedessen sei er fehlerhaft vom Behandlungstisch gefallen. Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen wurde konsultiert, um den Fall zu begutachten und juristisch zu bewerten.

### Die strittige Behandlung

Der 62-jährige Patient stellte sich am 15. Mai in einer gastroenterologischen Praxis zur Durchführung einer Vorsorgekoloskopie vor. Die Koloskopie erfolgte in Kurznarkose. Als Prämedikation wurden 240 mg Propofol intravenös verabreicht. Sodann wurden zwei Polypenknospen im Rektum abgetragen. Ein Kolontumor wurde ausgeschlossen.

Gegen Ende der Behandlung – bei Erreichen des Rektums auf dem Rückzug – traten beim Patienten eine zunehmende Unruhe und Agitation auf. Es wurde erneut Propofol verabreicht, der Unruhezustand hielt jedoch an. Es wurde eine Bewegungsunruhe beschrieben und die Durchführung einer Proktoskopie abgebrochen. Der Patient setzte sich auf dem Untersuchungstisch auf, war desorientiert und agitiert. Somit wurde eine weitere medizinische Fachangestellte hinzugeholt. Im weiteren Verlauf schlug der Patient um sich und es wurden teilweise gezielte Schläge auf die anwesenden Personen dokumen-

tiert. Die Position des Patienten war zu dem Zeitpunkt bisweilen aufrecht sowie nach vorne geneigt. Die Untersuchungsliege wurde auf die niedrigste Position gestellt. Bei einer erneuten Ausholbewegung zum Schlag fiel der Patient jedoch vom Behandlungstisch auf den Boden.

### Der weitere Verlauf

Dem Patienten wurde aufgeholfen und er wurde in den Ruheraum gebracht, wo er dauerhaft überwacht wurde. Nach etwa zehn Minuten klang die Desorientiertheit ab. Im Rahmen des Abschlussgesprächs konnte sich der Patient nicht an die Geschehnisse erinnern, war zu Zeit, Ort und Person aber wieder orientiert.

Am 30. Mai erfolgte eine Wiedervorstellung, bei der er Kniegelenkbeschwerden angab. Empfohlen wurde dem Patienten daher eine unfallchirurgisch-orthopädische Vorstellung. Dem kam er noch am 30. Mai nach. Hierbei wurden eine Prellung der Kniescheibe und der Bursa praepatellaris rechts diagnostiziert. Eine knöcherner Verletzung wurde ausgeschlossen. Eine konservative Therapie wurde eingeleitet. Im Rahmen einer MRT-Diagnostik im Juli wurde unter anderem eine diskrete Partialruptur am Patellaoberpol am Sehnenansatz der Quadrizepssehne mit geringer Ödembildung beschrieben.

### Das externe Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle konsultierte gastroenterologische Gutachter kam zu der Schlussfolgerung, dass ein fehlerhaftes ärztliches Vorgehen nicht festzustellen sei.

### Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle der Ärztekammer Niedersachsen schloss sich dem an und hielt haftungsrechtliche Ansprüche für nicht begründet.

### Die Durchführung der Koloskopie

Die Durchführung einer Vorsorgekoloskopie war indiziert. Dies galt insbesondere unter Berücksichtigung des Alters des Patienten von mehr als 50 Jahren. Außerdem wurde die Koloskopie fachgerecht durchgeführt. Die Kurznarkose war nicht zu beanstanden und die Dosierung war nicht

als fehlerhaft zu bewerten. Darüber hinaus erfolgte während der Koloskopie korrekt eine Überwachung mittels Pulsoximetrie.

### Der Sturz vom Behandlungstisch

Anzumerken ist, dass der Ablauf der Koloskopie – vor allem der Zwischenfall mit aggressivem Verhalten und dem Sturz vom Behandlungstisch – in der ärztlichen Dokumentation (im Koloskopieprotokoll) hinreichend dokumentiert war. Die Abläufe waren insofern im Nachhinein gut nachvollziehbar.

Das aggressive Verhalten des Patienten war nicht vorhersehbar. Es handelte sich nicht um ein Verhalten, mit dem infolge einer Sedierung üblicherweise zu rechnen ist. Entscheidend ist zwar der konkrete Einzelfall, eine individuelle Sturztendenz des Patienten war jedoch aus der maßgeblichen Sicht ex ante nicht erkennbar. Der Patient war im Vorfeld dahingehend nicht einschlägig auffällig geworden. Es mussten daher aus der Sicht ex ante keine Sicherungsmaßnahmen ergriffen werden.

Auf den (desorientierten und agitierten) Zustand des Patienten wurde fachgerecht reagiert. Zunächst wurde korrekt ein weiterer Bolus Propofol verabreicht. Zudem wurden eine zusätzliche MFA hinzugezogen und der Behandlungstisch auf die niedrigste Position eingestellt. Weitere Maßnahmen waren zum damaligen Behandlungszeitpunkt nicht indiziert.

### Keine freiheitsentziehenden Maßnahmen

In diesem Fall waren prophylaktische freiheitsentziehende Maßnahmen, anders als vom Patienten angenommen, nicht indiziert. Aus rechtlicher Sicht unterliegt die Anwendung solcher Maßnahmen strengen Voraussetzungen und sie sollten nur äußerst zurückhaltend eingesetzt werden. Insbesondere unterliegen freiheitsentziehende Maßnahmen dem Verhältnismäßigkeitsprinzip. Hierbei kommt als milderer Mittel vor einer (vorsorglichen) Fixierung des Patienten eher eine „Rund-um-die-Uhr-Bewachung“ in Betracht. Eine solche dauerhafte Überwachung lag hier während der Koloskopie (Anwesenheit eines Arztes und zwei MFA) zumindest vor.

Zudem ist anzumerken, dass eine etwaige Fixierung grundsätzlich eine Freiheitsberaubung im Sinne des Art. 104 Abs. 2 GG (Grundgesetz) darstellt, sofern diese nicht nur von kurzfristiger Dauer ist. Von einer kurzfristigen Maßnahme ist auszugehen, wenn diese absehbar die Dauer von etwa 30 Minuten unterschreitet. Bei einer mehr als nur kurzfristigen Fixierung ist auf eine gerichtliche Genehmigung hinzuwirken. Sofern der Patient an-

führte, dass für die Dauer der Koloskopie eine Fixierung hätte erfolgen müssen, ist davon auszugehen, dass diese eine Dauer von 30 Minuten überschritten hätte, sodass dann eine richterliche Genehmigung hätte eingeholt werden müssen.

Letztlich kann die Verhältnis- und/oder Rechtmäßigkeit einer etwaigen Fixierung dahingestellt bleiben. Unabhängig davon war das Ereignis – wie bereits ausgeführt – zum damaligen Behandlungszeitpunkt nicht absehbar, sodass eine Fixierung (nebst Einholung einer richterlichen Anordnung) aus der maßgeblichen Sicht ex ante nicht erfolgen musste.

### Kein voll beherrschbares Risiko

Bei dem desorientierten und aggressiven Verhalten des Patienten handelte es sich nicht um Umstände, die aus dem (Verantwortungs-)Bereich des Arztes stammten und bei Wahrung der gebotenen Sorgfalt hätten vollumfänglich ausgeschlossen werden können. Dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung der individuellen Konstitution des Patienten, der zuvor nicht dahingehend auffällig geworden war. Damit hat sich vorliegend kein voll beherrschbares Risiko realisiert, sodass auch in dieser Hinsicht eine Beweiserleichterung zugunsten der Patientenseite nicht griff.

### Kein kausaler Gesundheitsschaden

Unabhängig davon war ein kausaler Gesundheitsschaden nicht mit dem erforderlichen Beweismaß nachweisbar: Bei dem Patienten lag eine vorbestehende seronegative, chronische Polyarthritiden nebst multipel aufgetretenen Gelenkschmerzen vor. So war nicht mit dem erforderlichen Beweismaß davon auszugehen, dass der im weiteren Verlauf diagnostizierte Reizerguss im Kniegelenk auf den Sturz vom Behandlungstisch zurückzuführen war. Vielmehr kann dieser auch mit der oben genannten Grunderkrankung in Zusammenhang stehen. Etwaige Beweisunsicherheiten gehen hierbei aufgrund der Beweislastverteilung zu Lasten der Patientenseite.

## Take-Home-Message

Bei einem Sturz vom Behandlungstisch hat sich nicht zwangsläufig ein voll beherrschbares Risiko realisiert. Cave: Entscheidend ist der Einzelfall!

Ass. jur. Justine Launicke  
Leiterin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen  
der Ärztekammer Niedersachsen