

BDAktuell | JUS-Letter

Dezember 2005 / März 2006

In dieser Ausgabe:

Facharztstandard und
Weiterbildungsassistent



**Berufsverband
Deutscher Anästhesisten**

- Justitiare -
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg

Tel.: 0911 93378 17
Tel.: 0911 93378 27
Fax: 0911 3938195

E-Mail:
BDA.Justitiare@dgai-ev.de

Internet:
www.bda.de

Facharztstandard und Weiterbildungsassistent – wie viel Aufsicht verlangt der BGH?

Dr. iur. Elmar Biermann, Nürnberg
Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Die dem Patienten geschuldete Behandlung hat innerhalb und außerhalb der Regeldienstzeiten dem Standard eines erfahrenen Facharztes zu entsprechen. Dies hat das OLG Düsseldorf¹ vor einigen Jahren ganz dezidiert ausgesprochen; der Bundesgerichtshof (BGH) hat dies ebenfalls in mehreren Urteilen bestätigt.

Facharztzeugnis nötig?

Der Facharztstandard ist nicht gleichzusetzen mit der formellen Facharztanerkennung, es handelt sich vielmehr um einen Qualitätsmaßstab. Der Facharztstandard ist gewahrt, wenn die theoretischen Kenntnisse und praktischen Fertigkeiten des behandelnden Anästhesisten gewährleisten, dass er die konkrete Behandlung so durchführt, wie ein erfahrener Facharzt des Gebietes.

Parallelverfahren/Überwachung

Verfügt der Weiterbildungsassistent nicht über ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten, so muss eine adäquate Überwachung durch einen Facharzt sichergestellt sein, um diese Defizite auszugleichen. Oftmals ist der überwachende Anästhesist in einem anderen OP-Saal eingeteilt, so dass sich die Frage stellt, wie

und in welchem Umfang die Supervision zu erfolgen hat. Der BGH hatte sich in vier Fällen mit solchen „Parallelverfahren“ beschäftigt.

BGH-Urteil vom 18.03.1974²

Sachverhalt:

Die Klägerin, selbst Ärztin, lässt im Jahr 1965 in einer Universitätsfrauenklinik, an der der Bekl. als Anästhesist tätig ist, einen kindskopfgroßen Tumor entfernen. Sie will die Universitätsklinik gerade deshalb aufgesucht haben, weil sie auf die dortige fachanästhesiologische Betreuung besonderen Wert legt.

Der „Fachanästhesist“ verließ nach Einleitung des Anästhesieverfahrens den OP-Saal, weil er zu einem anderen Eingriff gerufen wurde, und überließ die zwischenzeitliche Überwachung der Patientin einem Medizinalassistenten. Als die andere Operation beendet war und er wieder zur Patientin zurückkehrte, fand er diese zyanotisch verfärbt mit mittelweiten Pupillen vor, ein Herzton war nicht mehr festzustellen. Die Patientin konnte reanimiert werden, auf der Wachstation gab es dann noch weitere schwerwiegende Komplikationen. Im Ergebnis erlitt die Patientin eine schwere cerebrale hypoxische Hirnschädigung. Sie wurde arbeitsunfähig.

Entscheidung:

Die Patientin klagt u.a. gegen den Fachanästhesisten, dies mit Erfolg. Der BGH führt aus, dass aus der erhöhten Gefährlichkeit der Intubationsnarkose folge, dass weder ihre selbständige Durch-

¹ Az. 8 U 100/83, NJW 1986; 790 ff.

² Az. III ZR 48/73, NJW 1974, 1424 ff.

► führung noch ihre eigenverantwortliche Überwachung einem Medizinalassistenten übertragen werden dürfe. Der für die Narkose verantwortliche Facharzt müsse zumindest in der Lage sein, jederzeit die Narkose zu überwachen und erforderlichenfalls die anästhesiologische Versorgung des Patienten zu übernehmen.

Die Möglichkeit, jederzeit die Überwachung der Narkose und die Versorgung des Patienten zu übernehmen, bestehe für den Narkosearzt aber nicht mehr, wenn er den Operationssaal verlasse, um in einem anderen Saal eine weitere Narkose durchzuführen (sog. Parallelnarkose).

Dies galt umso mehr, als schon kurz nach dem Eingriff der Blutdruck der Kl. für den Fachanästhesisten erkennbar abgesunken war. Der BGH dazu:

„Der Bekl. hätte daher die weitere Entwicklung sorgfältig beobachten und die Überwachung der Kl. nicht einmal für eine kurze Zeitspanne einem Medizinalassistenten anvertrauen dürfen“.

Dieses Urteil macht die Bedenken gegen den Einsatz eines Arztes deutlich, wenn dieser nicht die erforderlichen praktischen Fertigkeiten und theoretischen Kenntnisse im Sinne des „Facharztstandards“ gewährleistet. Wo dieser Facharztstandard fehlt, muss dieses „Minus“ durch Anleitung und Überwachung des Nicht-Facharztes ausgeglichen werden.

BGH Urteil vom 30.11.1982³

Sachverhalt:

Mit folgendem Sachverhalt musste sich der BGH in zwei Urteilen, zunächst 1982, beschäftigen:

Der Kläger und sein Dienstherr (Post) fordern vom beamteten Leiter einer Anästhesieabteilung (Erstbeklagter) und vom aufsichtsführenden, ebenfalls beamteten Anästhesisten (Zweitbeklagter) Schadensersatz. Der Patient wurde 1976 wegen eines Bandscheibenschadens in einer Universitätsklinik operiert. Der zweitbeklagte Assistenzarzt ohne formelle Facharztanerkennung, der die Voraussetzungen dazu aber seit Jahren erfüllte, war für Narkosen an drei Tischen eingeteilt. Ihm zugewiesen war eine Anästhesistin, die erst sechs Monate in der Anästhesie und eine weitere Kollegin, die bereits zwei Jahre in der Anästhesie tätig war. Diese erkrankte jedoch und musste kurzfristig durch einen seit gut zwei Monaten approbierten Arzt, Dr. T., ersetzt werden, der seit einem Monat in der Anästhesieabteilung tätig war und an 55 Narkosen, aber nur unter Aufsicht, mitgewirkt hatte. Der Zweitbeklagte, der erfahrene Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung, leitete die Narkose ein, überließ die Überwachung dann Dr. T.. Es kam am OP-Tisch des Dr. T. zu einem Beatmungsproblem, Dr. T. ruft aufgrund einer Namensverwechslung nicht den Zweitbeklagten, sondern die andere Anästhesistin; erst als diese die Komplikationen ebenfalls nicht beherrschen kann, wird der Zweitbeklagte gerufen. Die Wiederbelebung des Patienten gelingt, er erleidet aber schwerste Hirnschädigungen wegen der Sauerstoffunterversorgung und ist erwerbsunfähig.

Um es hervorzuheben: Verklagt wurden der Chefarzt der Abteilung (Erstbeklagter) und der erfahrene Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung (Zweitbeklagter). Der BGH sieht deren Mitverantwortung für den Schaden des Patienten als gegeben an.

Entscheidung:

Dem Assistenzarzt legt der BGH zur Last, dass er dann, wenn er schon die Narkose nicht selbst durchführte, sich zuvor von der Qualifikation des Dr. T. ein ausreichendes Bild hätte machen müssen. Andernfalls hätte er ihn nicht allein lassen dürfen.

Zur Parallelnarkose trifft der BGH folgende Kernaussage:

„...Für die ohnehin bedenkliche Parallelnarkose ist grundsätzlich Blick- oder wenigstens Rufkontakt zu dem Fachanästhesisten zu fordern, wenn ausreichende Aufsicht an beiden Operationstischen gewährleistet sein soll...“.

Ein weiterer wichtiger Aspekt:

Es muss eine sichere „Gewährleistung sofortigen Beistandes des Fachanästhesisten im Komplikationsfall“ gewährleistet sein. Der BGH weist auf die besondere Gefahr des Einsatzes nicht ausreichend qualifizierter Ärzte hin, die nicht nur darin liegt, dass

„in der Verwirrung über den Zwischenfall die Kontaktaufnahme zusätzlich erschwert wird, ..sondern auch auf die größere Versuchung für den nicht fachkundigen Betreuer, zunächst den Zwischenfall selbst zu beherrschen zu suchen - ganz abgesehen davon, dass unter solchen Verhältnissen bei gleichzeitig an beiden Operationstischen auftretenden Komplikationen dem Fachanästhesisten ein Beistand unmöglich ist...“.

BGH Urteil vom 18.06.1985⁴

Mit der Haftung des Krankenhausträgers unter dem Gesichtspunkt Organisationsverschulden musste sich der BGH anhand desselben

³ Az. VI ZR 77/81, NJW 1983, 1374 ff.

⁴ Az. VI ZR 234/83, NJW 1985, 2189 ff. ►

► Sachverhaltes drei Jahre später auseinandersetzen.

Das Organisationsverschulden des Krankenhausträgers sieht der BGH in der unzureichenden Personalausstattung der Anästhesieabteilung. Denn die Anästhesisten hatten seit Jahren auf die Engpässe hingewiesen, so dass nicht nur die Anästhesisten, sondern auch der Krankenhausträger wussten, dass die anästhesiologische Versorgung notleidend war.

Hierzu die Kernaussagen des BGH, die über die Mängel in der personellen Infrastruktur hinaus entsprechend auf alle anderen Mängel, z.B. in der räumlich-apparativen Infrastruktur ausgedehnt werden können:

„...Das durfte der Krankenhausträger nicht hinnehmen. Er versprach dem einzelnen Patienten, hier dem Kl., bei der Aufnahme in die Klinik eine dem damaligen Standard einer großen Universitätsklinik entsprechende ärztliche Behandlung, obwohl er in der Anästhesie nicht die erforderliche personelle Ausstattung zur Verfügung hatte. Er war unter solchen Umständen verpflichtet, organisatorisch Sorge dafür zu tragen, dass in jedem Fall eine ordnungsgemäße Narkose und deren Überwachung gewährleistet war. Er hatte zu diesem Zwecke eine ausreichende Anzahl von Stellen für die Anästhesie bereitzustellen und zu besetzen.

(Der Krankenhausträger) ... hätte auf Ausweitung der operativen Abteilung verzichten ... und weiter anordnen müssen, dass nach Erschöpfung der jeweils vorhandenen Kapazität die Patienten an andere Krankenhäuser zu verweisen seien".
(Details s. BDAktuell Jusletter, Juni 2002).

Dies macht deutlich, wie wichtig es ist, den Krankenhausträger auf personelle, aber auch auf andere Mängel in der Infrastruktur, nachdrücklich und u.U. wiederholt mit der Bitte um Abhilfe hinzuweisen, selbst wenn dies strafrechtlich nur bedingt und zivilrechtlich gar nicht entlastet.

Weist der Chefarzt den Krankenhausträger auf die Defizite in der Personalausstattung und die Folgen für die Patientenbehandlung hin, so schaffen die Kliniken oftmals keine Abhilfe, obwohl das Arbeitsgericht Wilhelmshaven in dem Urteil vom 23.09.2004 eindeutig klargestellt hat, dass der Krankenhausträger auch arbeitsrechtlich verpflichtet ist, dem Chefarzt ausreichend Personal zur Verfügung zu stellen (Detail s. BDAktuell Jusletter, Dez. 2004 = Anästh Intensivmed 2005, 101 ff.).

Die Krankenhausträger verweisen auf die Betriebshaftpflichtversicherung, die den Schaden dann reguliert. Diese Versicherung tritt aber nur für zivilrechtliche Ansprüche (Schadenersatz/ Schmerzensgeld) ein, sie schützt die Handelnden aber nicht vor der strafrechtlichen Verantwortung wegen fahrlässiger Körperverletzung/Tötung!



BGH Urteil v. 15.6.1993⁵

Sachverhalt:

Ein Weiterbildungsassistent im neunten Monat seiner Weiterbildung in Anästhesie führt unter

Anleitung und Überwachung eine Intubationsnarkose bei einer HNO-Operation durch. Durchgeführt werden sollte eine Septumkorrektur, dann direkt anschließend der Verschluss einer Rachen-Gaumen-Spalte, die mit der Umlagerung des Patienten verbunden war. Die weitere Überwachung der Narkose führt der Weiterbildungsassistent allein durch, der Facharzt übernimmt in einem durch eine Verbindungstür getrennten Nachbar-OP eine Kinderanarkose. Rufverbindung besteht, die Sichtverbindung ist eingeschränkt. Zweimal schaut der Facharzt in den vom Weiterbildungsassistenten betreuten Saal. Bei der Umlagerung ist er nicht zugegen. Offenbar verlegt sich der Tubus bei der Umlagerung, es kommt zu Beatmungsschwierigkeiten und einem Herz-Kreislauf-Stillstand, der schließlich in einem appallischen Syndrom endet. Der Patient muss in einem Pflegeheim betreut werden.

Entscheidung:

Der BGH stellt zunächst nochmals klar, dass die Übertragung einer selbständig durchzuführenden Narkose auf einen dafür nicht ausreichend qualifizierten Arzt einen Behandlungsfehler im weiteren Sinne (Organisationsfehler) darstellt.

„...Wird einem erst in der Weiterbildung zum Facharzt stehenden Arzt eine eigenverantwortliche Tätigkeit übertragen, für die er noch nicht ausreichend qualifiziert ist, so darf hierdurch für den Patienten kein zusätzliches Risiko entstehen. Die mit der Ausbildung junger Ärzte naturgemäß verbundenen höheren Verletzungsgefahren, die von den für den Einsatz dieser Ärzte Verantwortlichen voll beherrschbar sind, müssen deshalb durch besondere Maßnahmen ausgeglichen werden, damit gegenüber dem Patienten im ►

⁵ Az. VI ZR 175/92, NJW 1993, 2989 ff.

► Ergebnis stets der Standard eines Facharztes gewahrt bleibt...".

Heißt das, dass man einem Weiterbildungsassistenten permanent über die Schulter schauen müsse? Hierzu der BGH:

„...Nicht gefolgt werden kann allerdings der Meinung der Revision, ein in der Weiterbildung zum Facharzt befindlicher Arzt dürfe ...auf dem Gebiet der Anästhesie stets nur unter der unmittelbaren Aufsicht eines Facharztes tätig werden, der jeden seiner Schritte beobachte. ...der Senat (hat) es wiederholt nicht schon für prinzipiell unzulässig gehalten, wenn zwischen einem noch unerfahrenen Anästhesisten und dem in einem benachbarten Operationsaal tätigen Fachanästhesisten lediglich Blick- und/oder wenigstens Rufkontakt bestanden hat...".

Denn einige Zeilen später beanstandet der BGH die Überwachung des Weiterbildungsanfängers im konkreten Fall, indem er feststellt, dass der Weiterbildungsanfänger „nach seinem Ausbildungsstand zu der Narkose der Kl. nur dann eingesetzt werden (durfte), wenn eine Überwachung durch einen erfahrenen Anästhesisten gewährleistet war". Dies deshalb, weil der Weiterbildungsanfänger „über keine ausreichenden Erfahrungen darüber verfügte, ob und ggf. welche Risiken sich infolge der Umlagerung der Kl. für die von ihm zu dieser Zeit allein geführte Narkose einstellen konnten. Dies hätte in Anbetracht der ohnehin gegenüber anderen Narkosearten größeren Risiken einer Intubationsnarkose... der Bkl. (dem Krankenhausträger) Anlass geben müssen, die Ordnungsmäßigkeit der Narkose im unmittelbaren Anschluss an die Umlagerung der Kl. ebenso, wie bei der zu Beginn der Operation erfolgten

Intubation, durch den Bkl. zu 4) (Facharzt) überprüfen zu lassen".

Dann folgen die Ausführungen, die deutlich machen, dass der BGH seine Anforderungen an die Parallelnarkose keinesfalls gelockert hat und auch die Rufverbindung als ausreichend in Frage stellt.

„...Stellte sich hiernach aber die Umlagerung der Kl. auch für die Narkoseführung als eine jedenfalls nicht gänzlich ungefährliche und deshalb aufgrund des vom Bkl. zu 1) geschuldeten Facharztstandards nicht der alleinigen Verantwortung des noch unerfahrenen Bkl. zu 3) zu überlassene Besonderheit dar, dann wurde das damit verbundene Narkoserisiko auch nicht schon ausreichend durch den möglichen Rufkontakt des Bkl. zu 3) zu dem Bkl. zu 4) aufgefangen.

Denn eine spezifische Gefahr für den Patienten bei selbständiger Tätigkeit eines noch nicht voll ausgebildeten Anästhesiearztes liegt ja, wie die Revision mit Recht geltend macht, gerade darin, dass dieser Arzt auftretende Komplikationen eventuell gar nicht erst bemerkt... und deshalb von einem möglichen Rufkontakt nicht oder jedenfalls nicht rechtzeitig Gebrauch macht...".

Damit ist das Organisationsverschulden des Krankenhausträgers wie auch der für die Dienst-einteilung zuständigen Ärzte festgestellt. Es haftet aber auch der Weiterbildungsassistent wegen Übernahmeverschulden (zivil- und strafrechtlich).

Konsequenzen der Parallelnarkoseurteile

Die Urteile machen deutlich, dass die Rechtsprechung nach wie vor der „Parallelnarkose" äußerst kritisch gegenübersteht.

Analysiert man die Rechtsprechung zum Einsatz von Ärzten, die den Facharztstandard noch nicht gewährleisten, so ist festzuhalten: Deren Einsatz ist zwar nicht verboten, aber das damit verbundene Risiko muss durch besonders enge und sorgfältige Überwachung und Anleitung ausgeglichen werden. Denn, wie der BGH betont:

„Hier ging die Sicherheit des Patienten allen anderen Gesichtspunkten vor; der gebotene Sicherheitsstandard durfte nicht etwaigen personellen Engpässen geopfert werden".

Der BDA hat bereits 1989 auf die Rechtsprechung reagiert und in einer Entschliebung die Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie dargestellt⁶.

Diese Entschliebung wurde durch die aktuelle Stellungnahme des BDA und der DGAI zur Parallelnarkose bestätigt („Münsteraner Erklärung")⁷. ■

Veranstaltungen des BDA DAC 2006 (Leipzig)

Donnerstag, 18.05.2006
13.30 - 15.00 Uhr

Chefarztseminar

(Personalbefugnisse - Interdisziplinäre Kooperation Intensivstation - Vergütungsformen)

Freitag, 19.05.2006
8.30 - 10.00 Uhr

Rechtsseminar

(Aufklärung - amb. Anästhesieverhalten nach Zwischenfall)

Infos: www.dac2006.de

⁶ Anästh Intensivmed 1989, 56 f.

⁷ Anästh Intensivmed 2005, 32 ff.