

– Erwiderung auf Deutsch
VersR 2012, 1193 –

Nochmals: Sorgfalt und Übernahmeverschulden:

Zur Notwendigkeit der Beteiligung eines Anästhesisten bei gering gefährlichen medizinischen Eingriffen*

Dr. Elmar Biermann, Nürnberg, und Rolf-Werner Bock, Berlin**

NACHDRUCK

I. Einleitung

Deutsch nimmt zu der Frage Stellung, ob ein Anästhesist gefordert ist, wenn „bei gering gefährlichen Eingriffen“ die Patienten „generell“ betäubt werden, etwa durch „die Sedierung durch Propofol oder N₂O (Lachgas)“.

Er fasst seine Ausführungen wie folgt zusammen:

Die interessenjuristische Auslegung führt zu dem wertenden Ergebnis, dass unter normalen Umständen der Arzt oder Zahnarzt in eigener Verantwortung die Narkose vornehmen kann.

Vorausgesetzt ist dabei, dass der Arzt oder Zahnarzt zur Reaktion auf Zwischenfälle apparativ ausgerüstet und persönlich informiert ist.

II. Kritische Anmerkung

In seinen Ausführungen unterscheidet *Deutsch* leider nicht zwischen den verschiedenen Stufen der Sedierung und der Allgemeinanästhesie/Narkose. Dies ist erstaunlich, da er zusammen mit Mathers in „Rechtliche und fachliche Voraussetzungen für die dentale Lachgassedierung“¹ wesentlich differenzierter Stellung genommen hat und die Autoren dort zu der vertretbaren Auffassung gelangt sind, dass unter bestimmten Voraussetzungen eine (minimale) Lachgassedierung vom Zahnarzt „in eigener Verantwortung (d. h. ohne Anästhesist)“ durchgeführt werden darf. Wenn *Deutsch* hingegen in der jüngsten Publikation meint, eine „generelle Betäubung“ sei gleich „Sedierung

durch Propofol oder N₂O (Lachgas)“, und resümiert:

Ist das Risiko nicht hoch, handelt es sich also um eine Maßnahme unter Narkose, bei der entweder mit Zwischenfällen nicht zu rechnen ist oder diese leicht behoben werden können, genügt auch eine oberflächliche, wenig eingreifende Anästhesie,

dann verdient dies Widerspruch, da Allgemeinanästhesie/Narkose und Sedierung nicht beliebig austauschbar sind.

Im Ergebnis führt *Deutsch* zumindest den Zahnarzt auf rechtliches „Glatteis“: Der Zahnarzt, der meint, den Schlussfolgerungen von *Deutsch* folgen zu können, und sich zur Durchführung von Allgemeinanästhesien/Narkosen berechtigt hält, muss u. a. mit dem strafrechtlich relevanten Vorwurf der unerlaubten Ausübung der (allgemeinen) Heilkunde nach §§ 5, 1 Abs. 1 Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz – HeilprG) rechnen. Er verhält sich im Übrigen wettbewerbswidrig, vom Vorwurf des Übernahmeverschuldens und berufrechtlichen Konsequenzen ganz zu schweigen. Dem (allgemein approbierten) Arzt setzen die fachlichen und damit rechtlichen Voraussetzungen engere Grenzen als die Lektüre der Ausführungen von *Deutsch* auf den ersten Blick erkennen lässt.

1. Grenzen der Zahnheilkunde

Deutsch führt auf S. 1193 aus, das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) enthalte keine ausdrückliche Regelung der hier gestellten Rechtsfrage.

a) Approbation als Zahnarzt

Das ist zu kurz gegriffen: Der Zahnarzt erwirbt mit seiner Approbation nicht das Recht zur Ausübung der gesamten Heilkunde. Die Approbation als Zahnarzt berechtigt den Zahnarzt zur Ausübung der Zahnheilkunde, d. h. zu einer berufsmäßigen, auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnis gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (§ 1 Abs. 3 ZHG). Überschreitet der Zahnarzt die Behandlungsgrenzen, dann handelt es sich um eine unerlaubte Ausübung der (allgemeinen) Heilkunde, die strafrechtlich relevant ist (§§ 5, 1 HeilprG); der Zahnmediziner handelt zudem auch wettbewerbswidrig². Zwar hat das BVerfG³ eine fachübergreifende Tätigkeit eines Arztes in geringem Umfang zugelassen, dies aber auf die Gebiete beschränkt, „die von seiner Approbation umfasst sind“.

b) Grenzen der zahnärztlichen Kompetenz

Wiederholt sahen sich die Verwaltungsgerichte mit der Frage konfrontiert, welche Maßnahmen der Zahnarzt außerhalb

* Nachdruck aus der Zeitschrift Versicherungsrecht (VersR) 2013, 549-552 (Heft 13 vom 1. 5. 2013).

** Dr. iur. Elmar Biermann ist Justiziar des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) in Nürnberg. Rechtsanwalt Rolf-Werner Bock ist Sozius der Kanzlei Ulzenheimer – Friederich Rechtsanwälte in Berlin.

1 Deutsch/Mathers, Rechtliche und fachliche Voraussetzungen für die dentale Lachgassedierung ZWR – Das Deutsche Zahnärzteblatt 2012, 502.

2 OLG Zweibrücken vom 21. 8. 1998 – 2 U 29/97.

3 BVerfG vom 1. 2. 2011 – 1 BvR 2383/10 – MedR 2011, 572.

des Zahn-/Mundbereichs durchführen darf. So hatte sich z.B. das VG Münster⁴ mit der Frage zu beschäftigen, ob der Zahnarzt Faltenunterspritzungen, z.B. mit Botox, im Gesichtsbereich durchführen darf. Wie schon zuvor das OVG Münster und der VGH Mannheim⁵, die wegen der „besonderen Gefährlichkeit“ dieser Faltenunterspritzungen (u. a. Hämatome, Wundinfektionen, Unverträglichkeitsreaktionen sowie Gesichtslähmungen/-asymmetrien) dem Zahnarzt die fachliche Kompetenz für derartige Leistungen absprachen, fordert auch das VG Münster

medizinische Fachkenntnisse sowohl aufgrund der mit der Injektion als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit verbundenen Gesundheitsrisiken ... als auch aufgrund der möglichen Nebenwirkungen der Substanzen,

markiert deshalb
die Lippen als äußere Grenze des Mundbereiches

und beschreibt damit die Kompetenz des Zahnarztes nach § 1 Abs. 3 ZHG.

c) Keine Allgemeinanästhesien

Wenn schon die Faltenunterspritzung als gefährlich angesehen wird, um wieviel gefährlicher ist dann die Allgemeinanästhesie/Narkose mit vollständigem Verlust der Schutzreflexe, einer komplett fehlenden Atemwegskontrolle bei völliger Bewusstlosigkeit und Schmerzausschaltung? Dass – wie das VG Münster ausführt –

Zahnärzte extraorale Leitungsanästhesien vornehmen ... dürfen, wenn diese auf eine Behandlung innerhalb des Bereichs Zähne, Mund und Kiefer gerichtet [sind], und eine solche erst ermöglicht, z.B. weil eine intraorale Anästhesie aufgrund einer Kieferklemme nicht möglich ist ...;

berechtigt nicht, über Leitungsanästhesien hinaus zu Allgemeinanästhesien/Narkosen zu schreiten.

Das OLG Celle⁶ sieht in jeder Narkose eine Vergiftung des Körpers, die hart an die Grenze des Lebens geht und auch von approbierten Ärzten nur bei größter Erfahrung und Übung vorgenommen werden kann,

und fährt fort:

Die Stadien, der Verlauf und die

Erscheinungen bei Narkosezwischenfällen setzen zu ihrer Beurteilung eine sorgfältige ärztliche Ausbildung ... voraus.

Die Allgemeinanästhesie/Narkose ist ein potenziell lebensbedrohlicher Eingriff in vitale Funktionen, deren Durchführung höchste Sorgfalt erfordert. Weder zur Überprüfung der Voraussetzungen, ob ein Patient für eine Allgemeinanästhesie/Narkose überhaupt geeignet ist, noch für die Einleitung, Durchführung und Überwachung der Narkose ist der Zahnarzt aus-, weiter- bzw. fortgebildet. Selbst wenn die Struktur seiner Arbeitsstätte die unerlässliche technisch-apparative Ausstattung vorweisen würde⁷, verstieße die Durchführung des zahnmedizinischen Eingriffs in Personalunion mit der Durchführung der Narkose und der damit verbundenen Überwachung und gegebenenfalls Wiederherstellung vitaler Funktionen gegen alle medizinisch-fachlichen Grundsätze⁸.

d) Zwischenergebnis

Schon das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde beantwortet die Frage, ob der Zahnarzt Narkosen ausführen darf – und zwar eindeutig negativ.

Soweit ersichtlich, hat bislang auch noch kein Zahnarzt die Kompetenz zur Durchführung von Allgemeinanästhesien/Narkosen für sich in Anspruch genommen – dies mit gutem Grund: Zumaldest die Allgemeinanästhesie/Narkose gehört in das Gebiet der (allgemeinen) Heilkunde, verlangt in jedem Fall die Approbation als Arzt und gehört unter Beachtung der Fachgebietsgrenzen unstreitig zum Fachgebiet Anästhesiologie.

2. Haftungsrecht

Deutsch meint, die Abgrenzung der Kompetenzen lasse sich formaljuristisch nur aus den Haftungsvoraussetzungen der erforderlichen Sorgfalt ableiten. Auch diese Sorgfaltspflichten setzen aber schon Ärzten mit „allgemeiner Approbation“ deutlichere und striktere Grenzen als die Schlussfolgerungen von *Deutsch* vermuten lassen⁹, erst recht gilt dies für Zahnärzte.

Geht es um „Berufshaftung“, also um die Frage, welche ärztliche Maßnahmen in

die Kompetenz welches (Fach-)Arztes fallen, dann kann „Maßstab für die erforderliche Expertenqualität“ nur der Maßstab der Medizin, mithin der Maßstab des jeweiligen Fachgebiets sein¹⁰. Bei der Ermittlung des im jeweiligen Fachgebiet geltenden Sorgfaltmaßstabs spielen Leitlinien und sonstige (Handlungs-)Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften eine besondere, wenn auch nicht ausschließliche Rolle. Zwar haben diese keine Bindungswirkung, sind aber Wegweiser für den medizinischen Standard, von dem abzuweichen besonderer Rechtfertigung bedarf¹¹.

Die Fachgesellschaften haben zur Kompetenzverteilung bei der Sedierung und Allgemeinanästhesie/Narkose Stellung bezogen.

a) Sedierung und Allgemeinanästhesie

In einer Entschließung zu „Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie“ haben sich die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) geäußert¹². Unter II wird festgelegt:

Ein Anästhesist ist erforderlich bei allen Allgemeinanästhesien (mit Verlust des Bewusstseins und der Schutzreflexe) sowie (z.B. wegen der gleichzeitig auftretenden Sympathikolyse) bei allen rückenmarksnahen Leitungsanästhesien (SpA, PDA).

4 VG Münster vom 19. 4. 2011 – 7 K 338/09.

5 OVG Münster vom 28. 4. 2006 – 13 A 2495/03 –; VGH Mannheim vom 10. 7. 2006 – 9 S 519/06.

6 OLG Celle vom 10. 1. 1951 – Sa 146/50.

7 Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e. V.: Mindestanforderungen an den anästhesiologischen Arbeitsplatz Anästh Intensivmed 2013, 1 (www.bda.de/eav/EEV_12_2012_S_575-580.pdf).

8 Entschließung zur „Analgesierung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Erwachsenen“ Anästh Intensivmed 2010, 598.

9 Kritisch auch Neelmeier/Schulte-Sasse, Sedierung auf Sicherheitsniveau der Narkose GesR 2013, 78 (79 f.).

10 Steffen/Pauge aaO (Fn. 10) Rn. 178 mit Hinweis auf BGH NJW 1987, 2937.

11 Steffen/Pauge aaO (Fn. 10) Rn. 178 mit Hinweis auf BGH NJW 1987, 2937.

12 Anästh Intensivmed 2007, 712.

Ein Anästhesist ist nicht erforderlich, wenn der Eingriff keine Beeinträchtigung der Vitalfunktionen impliziert. Dies kann beispielsweise bei örtlich begrenzten Verfahren der Lokoregionalanästhesie (z.B. Oberflächenanästhesie, Infiltrationsanästhesien) oder bei der Gabe von Sedativa und Analgetika in Dosierungen, die nicht zu einem Verlust der Schutzreflexe oder zu einer Atemdepression führen, der Fall sein.

Der BDA und die DGAI haben in der Entschließung zur „Analgosedierung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Erwachsenen“¹³ die fachlichen und damit auch rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen der Analgosedierung durch Nichtanästhesisten aufgezeigt. Dort sind auch die verschiedenen Sedierungsstadien unter Hinweis auf die internationalen Klassifizierungen dargestellt, von minimaler über die moderate bis hin zur tiefen Sedierung in Abgrenzung zur Allgemeinanästhesie/Narkose. Auf die dort definierten Struktur- und Prozessvoraussetzungen darf verwiesen werden.

Hervorgehoben werden soll hier nur der Umstand, dass bei allen Sedierungsverfahren

eine weitere, entsprechend qualifizierte, nicht in die Durchführung der Untersuchung involvierte Person erforderlich (ist), deren einzige Aufgabe die Durchführung und Überwachung des Analgosedierungsverfahrens ist,

denn der die medizinische Maßnahme (operativer, diagnostischer oder sonstiger ärztlicher Eingriff) durchführende Arzt ist während dieser Maßnahme nicht in der Lage, die Vitalfunktionen des Patienten (Atmung, Kreislauf) in ausreichendem Maß zu überwachen.

In der Entschließung „Analgesierung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Erwachsenen“ weisen die DGAI und der BDA¹⁴ auf folgende grundlegende Risiken der Analgosedierung hin:

Sedierend und/oder analgetisch wirkende Medikamente können ineinander übergehende, nicht immer sicher abgrenzbare Zustände induzieren, die von einer minimalen Sedierung/Anxiolyse ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen bis zur vollständigen

Bewusstlosigkeit/Allgemeinanästhesie reichen, einhergehend mit zunehmendem Verlust der Schutzreflexe bis hin zur Atmungs- und Kreislaufdepression. Mit zunehmender Tiefe der Analgosedierung steigt in der Regel die Maßnahmentoleranz des Patienten, aber auch das Risiko lebensgefährlicher Komplikationen. Dabei ist stets zu berücksichtigen, dass höhere Dosen von Lokalanästhetika bzw. eine ausgedehnte Regionalanästhesie die Wirkung der Analgosedierung verstärken können.

Deutsch hat aber Recht, wenn er ausführt, dass nicht in jedem Fall ein Anästhesist gefordert ist. Dies verlangen auch die Fachgebiete nicht. In der zitierten Entschließung heißt es:

Minimale bis moderate Analgesierungen können von Ärzten aller Fachrichtungen an nicht-ärztliches Personal mit entsprechenden Kenntnissen und Erfahrungen delegiert werden, wenn das eingesetzte Sedierungs- bzw. Analgesieverfahren – oder aber der Eingriff selbst – zu keiner Beeinträchtigung der Schutzreflexe und der Vitalfunktionen führt. Dies gilt im Allgemeinen für die Gabe von Sedativa und/oder Analgetika in Dosierungen, die nicht zum Verlust des Bewusstseins, der Schutzreflexe oder zu einer Atemdepression führen.

Dennoch ist stets höchste Vorsicht geboten:

Bei ungeplanter Erreichung eines tiefen Sedierungsgrades mit Verlust der Ansprechbarkeit, bei dem wegen des fließenden und unvorhersehbaren Überganges in eine Allgemeinanästhesie eine Beeinträchtigung der Vitalfunktionen und Schutzreflexe – im Extremfall mit Atem- und/oder Herzkreislaufstillstand – nicht sicher auszuschließen ist, soll immer ein Anästhesist respektive ein anderer intensivmedizinisch erfahrener Arzt (Zusatzweiterbildung Notfall- und/oder Intensivmedizin) hinzugezogen werden.

Und für geplante tiefe Analgosedierungen gilt:

Geplante tiefe Analgosedierungen bzw. Analgosedierungen bei Risikopatienten ... müssen grundsätzlich

von Anästhesisten durchgeführt werden. Andere Ärzte dürfen nur hinzugezogen werden, wenn sie über entsprechende Qualifikationen verfügen (Zusatzweiterbildung Notfall- und/oder Intensivmedizin) das Verfahren beherrschen und in der Lage sind, aus ihm resultierende vital bedrohliche Verläufe rechtzeitig zu erkennen und nach dem Facharzтstandard Anästhesiologie zu behandeln. Die Durchführung von Allgemeinanästhesien ist weiterhin ausschließlich dem Anästhesisten vorbehalten.

Es kann nie sicher ausgeschlossen werden, dass ein Sedierungsverfahren in eine Allgemeinanästhesie/Narkose mündet. Darauf verweist die Leitlinie zur Sedierung bei gastrointestinalen Eingriffen ausdrücklich, wenn dort ausgeführt wird¹⁵:

Mit sedierend und analgetisch wirkenden Medikamenten können ineinander übergehende, nicht immer sicher abgrenzbare Zustände induziert werden, die von einer minimalen Sedierung (Anxiolyse) bis hin zur Allgemeinanästhesie reichen.

Spezielle Sorgfaltsanforderungen definieren die Verbände in der Entschließung zur „Analgesierung bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Kindesalter“¹⁶. Ein besonderer Abschnitt beschäftigt sich mit der „Zahnbehandlung“, auf den hier verwiesen werden darf.

b) Lachgas, insbesondere Einsatz von LIVOPAN®

Zum Einsatz des Lachgases, insbesondere zum Einsatz einer Gasmischung, die zur Hälfte aus Sauerstoff und zur Hälfte aus Lachgas besteht (LIVOPAN®) haben der BDA und die DGAI ebenfalls Stellung genommen¹⁷. Lachgas in dieser Kombination hat minimal sedierende Eigenschaften, bei „sachgerechter Anwendung lässt

13 Anästh Intensivmed 2010, 598.

14 Anästh Intensivmed 2010, 598.

15 S. auch 1.4.1 S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ 2008 (AWMF Register-Nr. 021/014).

16 DGAI/BDA, Entschlüsse, Empfehlungen, Vereinbarungen 5. Aufl. 2011 S. 313–328 (www.bda.de/eev/EEV_2011_S_313-328.pdf).

17 DGAI/BDA, Entschlüsse, Empfehlungen, Vereinbarungen 5. Aufl. 2011 533–534 (www.bda.de/eev/EEV_2011_S_121-128.pdf).

sich mit diesem Medikament allein keine Allgemeinanästhesie durchführen", so die Stellungnahme. Es heißt sodann:

Für Nichtanästhesisten ist LIVOPAN® eine Option, die im Vergleich zu alternativen Verfahren keine erhöhte Komplikations- oder Nebenwirkungsrate aufweist. Der Anwender muss unerwartete Komplikationen bei der Anwendung aber sicher beherrschen können. ... Aus Sicht von BDA und DGAI ist die Verwendung von LIVO-PAN® vor allem bei vorbestehender Bewusstseinstrübung problematisch. Risiken bestehen auch in Kombination mit anderen systematisch gegebenen Analgetika und/oder Sedativa bzw. Hypnotika, weil daraus mittlere oder gar tiefe Sedierungsstadien resultieren können.

Unter Beachtung der in der Stellungnahme geschilderten Voraussetzungen, insbesondere zur Ausstattung des Arbeitsplatzes, halten die Fachverbände den Einsatz von LIVOPAN® durch Nichtanästhesisten für vertretbar.

c) Propofol

Deutsch erwähnt im Zusammenhang mit der Sedierung den Einsatz von Propofol. Das Phenolderivat Propofol ist ein Hypnotikum mit schnellem Wirkungseintritt und kurzer Wirkungsdauer, allerdings ohne klinisch relevanten analgetischen Effekt.

aa) Fachinformation

Bei der Verabreichung von Präparaten wie Propofol sind nicht nur die Risiken der verschiedenen Sedierungsstufen zu berücksichtigen, es gehört zu den Sorgfaltspflichten auch die Beachtung der Herstellerhinweise zur Art und Dauer der Anwendung des Präparats. So findet sich in den Fachinformationen aller Propofolhersteller ein Hinweis auf die Qualifikation desjenigen, der Propofol anwendet: Propofol darf nur „von anästhesiologisch bzw. intensivmedizinisch ausgebildeten Ärzten verabreicht werden“.

bb) Strafrechtliche Konsequenzen

Einen Gynäkologen, der bei einer ambulanten Abrasio u. a. Propofol verabreichte, ohne dass seine Praxis der in der Gebrauchsinformation geforderten Strukturqualität entsprach, verurteilte das AG München, nachdem eine Patientin wäh-

rend des Eingriffs einen Atemstillstand erlitt und nach zunächst erfolgreicher Reanimation verstarb, zu einem Jahr und acht Monaten Freiheitsstrafe ohne Bewährung. Das LG setzte die Strafe dann zur Bewährung aus¹⁸. In dem Urteil legt das LG dem Gynäkologen zur Last, dass auch laut der Gebrauchsinformation des Herstellers von Propofol, dieses Anästhetikum nur in Krankenhäusern oder in adäquat ausgerüsteten Tageskliniken von anästhesiologisch bzw. intensivmedizinisch ausgebildeten Ärzten verabreicht werden darf ... Ferner darf nach der Gebrauchsanweisung des Herstellers und den Regeln der ärztlichen Kunst die Sedierung mit Propofol und die Durchführung der diagnostischen oder chirurgischen Maßnahmen nicht durch dieselbe Person erfolgen. Ferner wäre es nach den Regeln der ärztlichen Heilkunst geboten gewesen, dass bei der Sedierung mit Propofol durch einen Nicht-Anästhesisten ... ein Anästhesist kurzfristig zur Verfügung gestanden wäre.

III. Zusammenfassung

Eine differenziertere Betrachtung der Ausgangssituation führt zu dem Ergebnis, dass der Zahnarzt nie in eigener Verantwortung eine Allgemeinanästhesie/Narkose vornehmen darf, der (allgemein approbierte) Arzt dann, wenn er nach seinen persönlichen Kenntnissen und Fertigkeiten, aber auch nach der Struktur der Arbeitsstätte¹⁹ den „Facharztstandard Anästhesiologie“ wahrt.

Soweit dem Beschluss des BVerfG²⁰ folgend auch „eine fachfremde Tätigkeit, die in einem nur sehr geringen Umfang ausgeübt wird“ – im konkreten Fall ein Mund-, Kiefer- und Gesichts-(MKG-) Chirurg (nicht Zahnarzt) –, zulässig ist, und in diesem Rahmen etwa der (allgemein approbierte) Nicht-Anästhesist eine Allgemeinanästhesie/Narkose oder sonstige, in das Fachgebiet Anästhesiologie fallende Verfahren durchführt, so muss sich dieser an den Kenntnissen und Erfahrungen eines Anästhesisten messen lassen. Unter Berücksichtigung des dem Patienten geschuldeten Facharztstandards verlangt die Rechtsprechung von dem Arzt, der Maßnahmen durchführt,

die in das Fachgebiet Anästhesiologie fallen, die einem Anästhesisten entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten²¹.

IV. Schlussbemerkung

Deutsch ist darin zuzustimmen, dass der Arzt die Maßnahmen durchführen darf, zu denen er nach seinen persönlichen Kenntnissen und Fertigkeiten (Aus-, Weiter- und Fortbildung) in der Lage ist, deren Komplikationen und Zwischenfälle er, auch nach der Struktur seiner Arbeitsstätte, beherrschen kann²² – allerdings immer nur im Rahmen seiner jeweiligen Approbation.

Differenzierter, als es *Deutsch* in seiner Publikation erkennen lässt, ist zwischen den Kompetenzen des Zahnarztes und des (allgemein approbierten) Arztes zu unterscheiden. Auch sind die verschiedenen Schmerzausschaltungs- und Sedierungsverfahren bis hin zur Allgemeinanästhesie/Narkose differenzierter fachlich und damit rechtlich zu bewerten.

Es mag kleinere (operative) Eingriffe geben. Anästhesisten wissen aber, dass es keine „kleine Narkose“ gibt.

18 LG München I vom 11. 8. 2006 – 16 Ns 125 Js 10620/04 –; dazu auch Neelmeier/Schulte-Sasse, Sedierung auf Sicherheitsniveau der Narkose GesR 2013, 78.

19 Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e. V.: Mindestanforderungen an den anästhesiologischen Arbeitsplatz Anästh Intensivmed 2013, 1 (www.bda.de/eev/EEV_12_2012_S_575-580.pdf).

20 BVerfG MedR 2011, 572.

21 BGH vom 7. 10. 1980 – VI ZR 176/79 – VersR 1981, 131 = NJW 1981, 628; OLG Düsseldorf vom 4. 3. 1993 – 8 U 151/90 – AHRS 2320/101.

22 Ebenso BVerfG MedR 2011, 572.