

Special Articles

History of Anaesthesia



„Unser Leben währet 70 Jahre, und wenn's hoch kommt, so sind's 80 Jahre, und wenn's köstlich gewesen ist, so ist es Mühe und Arbeit gewesen; denn es fährt schnell dahin, als flögen wir davon.“

Psalm 90,10 Luther

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. h.c. Walther Weißauer, Altdorf

Herr Prof. Dr. med. h.c. Walther Weißauer, Ehrenmitglied der DGAI und des BDA, hat am 10. November 2021 seinen 100. Geburtstag gefeiert. Aus diesem Anlass hatte ihm der Wissenschaftliche Arbeitskreis für Geschichte der Anästhesie der DGAI im Dezemberheft der A&I eine Gratulation gewidmet. Herr Prof. Weißauer hat durch sein bahnbrechendes Gutachten von 1962 der vollständigen Etablierung des Fachgebietes Anästhesiologie in der deutschen Medizin entscheidend den Weg bereitet [1]. Ein Jahr zuvor hatte der Strafrechtsprofessor Karl Engisch in einem von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie beauftragten Gutachten die Anästhesie als „Erfüllungsgehilfin“ der Chirurgie qualifiziert und damit die damals bei den Chirurgen immer noch verbreitete Selbstauffassung von deren „Prädominanz“ im Operationssaal bestätigt [2]. Dieses Gutachten löste bei den seinerzeit noch wenigen Fachärzten für Anästhesie massive Existenzsorgen aus, denn es stellte acht Jahre nach Gründung einer eigenen Fachgesellschaft und der Schaffung des Facharztes für Anästhesie durch den Deutschen Ärztetag 1953 in Lindau die hoffnungsvolle Entwicklung des Faches in Frage. Welcher junge Arzt würde sich unter diesen Voraussetzungen noch für die Anästhesie interessieren?

Das Gegengutachten von Walther Weißauer, das 1962 in „Der Anaesthetist“ [1] veröffentlicht wurde, brachte die sehnlichst erwartete Wende hin zur Durchsetzung der vollen Gleichberechtigung des Anästhesisten auf Augenhöhe mit dem Chirurgen im Operationssaal und gleichermaßen im Zusammenwirken mit den Vertretern anderer Fachgebiete. Der 100. Geburtstag von Walther Weißauer bot nun die einmalige Gelegenheit, im Gespräch mit ihm die Entstehung des Gutachtens vor 60 Jahren und einige Aspekte der dadurch impulsive Entwicklung des Fachgebietes nachzuzeichnen, die er über mehr als vier Jahrzehnte als juristischer Berater und Justitiar mitgestaltet hat und bis heute mit wachem Interesse begleitet.

Wir hoffen, dass Ihnen die im Folgenden aufgezeichneten Äußerungen des Jubilars einige Einblicke in die Pionierzeit der Verbände unseres Faches vermitteln und Ihnen auch den Menschen Walther Weißauer ein wenig näher bringen.

Ich wünsche eine interessante Lektüre.

Priv.-Doz. Dr. med. Wilfried Witte

1. Sprecher des Wissenschaftlichen Arbeitskreises
Geschichte der Anästhesie der DGAI

Sehr verehrter, lieber Herr Professor Weißauer, Sie haben im November 2021 Ihren 100. Geburtstag gefeiert. Haben Sie damit gerechnet, jemals so alt zu werden, und wie ist das, wenn man dieses Alter erreicht?

Als Optimist, aber auch, weil ich mit 70 und 80 Jahren noch keine bedeutsamen Organschäden hatte, und weil mein Vater ein hohes Lebensalter erreichte – die Langlebigkeit soll ja über den Vater vererbt werden –, hielt ich es für wahrscheinlich, dass auch ich ein hohes Lebensalter erreichen könnte, selbst die 100 hielt ich nicht für ausgeschlossen. Als es dann so weit war, war ich doch etwas erstaunt und zog, wie wohl jeder andere, der dazu noch fähig ist, eine Bilanz über mein Leben.

Das Fazit stimmt im Wesentlichen überein mit der als Motto gewählten Lebensweisheit des Psalms aus der Lutherbibel; in meinem Leben dominierte eindeutig die Arbeit. Inzwischen hat sich aber Vieles verändert. Der Psalm ist, wenn Sie so wollen, ebenfalls in die Jahre gekommen. Wegen des enormen Anstiegs der Lebenserwartung wird man die Grenzen des Lebens wohl auf 90 und 100 erhöhen und das etwas vollmundige „köstliche“ im heutigen Sprachgebrauch, jedenfalls in meinem Fall, auf ein „erfülltes Leben“ reduzieren müssen.

Aber auch in seiner Kernaussage, die allein auf die Arbeit abstellt, ist der Psalm unter Druck geraten. Der Einsatz von Maschinen und Geräten ersetzt in weiten Bereichen die menschliche Arbeitskraft und ermöglicht eine fortschreitende Verkürzung der Arbeitszeit zugunsten der Freizeit. Die Arbeit entwickelt sich für Viele zu einem mehr oder weniger notwendigen Übel und verliert dadurch ihre überragende Bedeutung. Sie wird in dieser Hinsicht zunehmend von der Freizeit abgelöst. Ich sehe darin einen Gewinn an Lebensqualität, für den wir dankbar sein dürfen.

Nach diesem Blick zurück nun ein Blick nach vorne: Gibt es denn, wenn man ein so hohes Lebensalter erreicht hat, noch neue Ziele?

Nun, ich fühle mich noch relativ gesund. Ich möchte daher noch so lange

leben, wie ich dies selbstbestimmt tun kann, meiner Familie nicht zur Last falle und mit Rat und Tat noch helfen kann. Gerne möchte ich mich auch noch an eine neue Aufgabe wagen. Es reizt mich, im Rückblick auf mein langes Leben einige Facetten der Zeitgeschichte und der wissenschaftlichen und technischen Entwicklung aufzuschreiben, die ich miterleben durfte und für die ich mich zeitlebens interessiert habe. Das Konzept dafür steht. Aber selbst wenn mir dieses Vorhaben nicht mehr gelingen sollte, freue ich mich in jedem Fall über weitere Lebensjahre, weil diese mich in eine sehr interessante Zeit der Menschheitsentwicklung führen werden, in der sich Vieles entscheidet. Da wäre ich sehr gerne noch dabei. Aber das liegt ja nicht in unserer Hand, denn bekanntlich „kennt niemand Zeit noch Stunde“.

100 Jahre alt zu werden kann also eine Gnade sein. Kann es aber nicht auch zu einer schweren Belastung werden?

Ja, durchaus. Diese Belastung sehe ich insbesondere im altersbedingten Abbau der Muskulatur, im Nachlassen der Leistungsfähigkeit der inneren Organe, in der Schwächung des Immunsystems sowie in den Behinderungen vor allem durch den Verschleiß der Gelenke. Dann sehe ich da für Viele die drohende Altersarmut und die zunehmende Vereinsamung. Wenn ich zurückdenke an die alten Freunde aus der Kindheit, aus den Schulzeiten einschließlich der Hochschule und die guten Kameraden aus dem letzten Weltkrieg: Alle tot, keiner mehr da. Ich bin deshalb meinem Schicksal sehr dankbar, dass ich diesen Geburtstag bei relativ guter Gesundheit mit meiner Familie – meiner lieben Frau, zwei Töchtern, sechs Enkeln und deren Lebensgefährten und einem Urenkelkind – sowie im Kreis meiner alten und neuen Freunde feiern durfte. Die alten Freunde, die noch leben, verdanke ich weit überwiegend einzelnen Phasen meines doch recht vielfältigen Berufslebens. Andererseits führt einen das Leben immer wieder mit neuen Menschen zusammen, die an die Stelle derer treten, die uns verlassen haben. Ich kann nur jedem raten, neugierig zu bleiben und

offen für neue Freundschaften. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen: es gibt für Neues im Leben keine Altersgrenze.

Herr Professor Weißauer, Sie haben nach der Volksschule das Domgymnasium in Ihrer Geburtsstadt Freising bei München besucht und dort 1940 das Abitur abgelegt. Das war bereits nach Beginn des Zweiten Weltkriegs. Wie ging es da für Sie nach dem Abitur weiter?

Nach dem Abitur musste ich zunächst den Reichsarbeitsdienst ableisten. Im Anschluss daran konnte ich im Herbst 1940 mein Studium beginnen, das unter den Kriegsbedingungen zur Beschleunigung in Trimestern organisiert war. Nachdem ich vorher lange zwischen Medizin und Jura schwankte, habe ich mich bei der Einschreibung für das Studium buchstäblich in letzter Sekunde für Jura und gegen die Medizin entschieden. Zwei Trimester waren mir vergönnt, dann wurde ich im April 1941 zur Wehrmacht einberufen und noch vor Beginn der Grundausbildung zu einer neuen Einheit versetzt, die für den Einsatz im Afrikakorps bestimmt war. Nach wenigen Wochen wurde meine Einheit nach Libyen verlegt und der Kampfeinsatz begann. Dieser Einsatz endete für mich abrupt mit einem Blinddarmdurchbruch im Spätsommer 1942 an der vordersten Front bei Tobruk. Das Feldlazarett, das mich nicht aufnehmen konnte, weil es nach vorn verlegt werden sollte, verwies mich an das Wehrmachtskrankenhaus in Tripolis. Inzwischen hatte sich der Blinddarmdurchbruch abgekapselt. Ich wurde operiert, aber die Operationswunde wurde offengehalten, damit der Eiter abfließen konnte. Am nächsten Tag fragte ich den Operateur, ob ich etwas trinken dürfe? Er sagte nach kurzer Überlegung: „Ja“. Sein Assistenzarzt flüsterte ihm etwas ins Ohr, er sagte daraufhin: „Collega, non nocet“. Da wusste ich, dass er mich aufgegeben hatte. Ich trank nichts in der festen Überzeugung, dass ich überleben würde.

Noch während meiner Lazarettbehandlung wurde ich zum Unteroffizier befördert und zu einem Offizierslehrgang abgeordnet. Das war seinerzeit das ty-

pische Schicksal von Abiturienten, die dann an der „Ostfront“ noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 16 Tagen hatten. Mein Lehrgang endete im Frühjahr 1943, ich wurde zu einer Infanteriedivision im Kaukasus versetzt und führte dort eine Aufklärungsschwadron. Bei den Rückzugsgefechten am Kubanbrückenkopf wurde ich schwer verletzt; im Nahkampf zerriss mir ein Explosionsgeschoß die linke Hand. Ein todesmutiger Infanterist versorgte meine Wunde mit einem Notverband, während ich ihm mit der Maschinenpistole Feuerchutz gab. Zehn Tage nach der Amputation meiner linken Hand im Oktober 1943 schrieb ich mich in München für das 3. Semester ein – inzwischen war man wieder zu Semestern zurückgekehrt – und legte nach meinem 4. Semester im Frühsommer 1944 mit gutem Erfolg das Erste Staatsexamen ab. Dies war möglich, weil Kriegsteilnehmer nicht erst nach sechs, sondern bereits nach vier Semestern zum Examen zugelassen wurden. Die Anforderungen waren selbstverständlich für alle gleich. Nun dachte ich, ich könne sofort mit meinem Referendariat beginnen. Zunächst wurde mein Antrag aber abgelehnt, weil ich keiner NS-Organisation angehörte. Mein Vater besorgte mir über Freunde ein Papier, das meine Zugehörigkeit zu einer solchen Organisation bestätigte. Inzwischen wurde ich zu einer militärärztlichen Untersuchung vorgeladen. Ich hielt dies für eine reine Formalie für die Entlassung aus dem Militärdienst. Weit gefehlt! Der Militärarzt stellte fest, dass ich tauglich für den Einsatz an der Heimatfront sei. Ich wurde zu einer Einheit versetzt, die im Westen gegen die Alliierten kämpfte. So konnte ich meine Referendanzzeit erst nach Kriegsende im Herbst 1945 am Amtsgericht Freising beginnen. Das zweite Große Staatsexamen legte ich im Herbst 1948 mit sehr gutem Erfolg ab. Daraufhin wurde ich zum Dienst in das Bayerische Staatsministerium der Justiz berufen. Dort versah ich meinen Dienst – abgesehen von zwei Jahren als Richter am Landgericht München – bis zu meiner Pensionierung im Jahr 1984.

Womit haben Sie sich als Ministerialrat und später dann als Ministerialdirigent befasst?

Beruflich war ich im Justizministerium in München auf das Öffentliche Recht spezialisiert, mit dem Schwerpunkt Verfassungsrecht und Bundesgesetzgebung. Drei Jahrzehnte habe ich die Bayerischen Justizminister im Rechtsausschuss des Deutschen Bundesrates vertreten.

Sie haben erwähnt, dass Sie lange geschwankt hätten, ob Sie nicht Medizin studieren sollten. Wie ist für Sie als Verwaltungs- und Verfassungsrechtler die Medizin wieder ins Blickfeld gerückt?

Durch einen Zufall. Ein alter Freund aus dem Gymnasium wurde Justitiar bei der Bayerischen Landesärztekammer. Er bat mich um einen kollegialen Rat, als er eine Stellungnahme zur Autonomie des ärztlichen Kammerrechts für eine Berufs- und Weiterbildungsordnung ausarbeiten sollte. Meine Stellungnahme fand der damalige Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Prof. Hans Joachim Sewering, so überzeugend, dass er sie umgehend im Bayerischen Ärzteblatt veröffentlichen ließ. Das war meine erste Publikation auf dem Gebiet des Medizinrechts. Damit kam ich auch in einen engen Kontakt mit der Bayerischen Landesärztekammer und ihrem Präsidenten.

Und wie kamen Sie mit der Anästhesie in Berührung?

Im Oktober 1961 klingelte mein Telefon. Frau Dr. Charlotte Lehmann stellte sich als leitende Anästhesistin des Krankenhauses rechts der Isar vor; sie hatte wenige Monate zuvor den Berufsverband Deutscher Anästhesisten, den BDA, gegründet. Mit leiser Stimme, aber ebenso eindringlich wie präzise, skizzierte sie die Probleme der Zusammenarbeit von Anästhesisten und Chirurgen am Operationstisch. Die Anästhesie sei vom Deutschen Ärztetag 1953 in Lindau als Fachgebiet anerkannt worden. Gleichwohl würden die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und zahlreiche Chirurgen die Auffassung vertreten, dass dem Operateur wegen seiner Gesamtverantwortung für den Eingriff und zum Schutz für

seinen Patienten auch gegenüber dem Facharzt für Anästhesie ein fachliches Weisungsrecht zustehe. Diese Grundthese, die dem Operateur die Prädominanz gegenüber dem Anästhesisten einräume und diesem die Rolle des Erfüllungsgehilfen zuweise, habe Professor Engisch, Ordinarius für Strafrecht in München, ein namhafter Strafrechtler, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in einem Rechtsgutachten bestätigt. Dieses Gutachten stelle die hoffnungsvolle Entwicklung ihres jungen Fachgebietes in Frage, das Fach stecke in einer existenziellen Krise.

Trotz aller Bemühungen sei es ihr nicht gelungen, einen juristischen Ordinarius für ein Gegengutachten zu gewinnen. Sie habe einen Geschäftsführer der Bayerischen Landesärztekammer um Rat gefragt, und der habe sie an mich verwiesen. Er hätte gemeint, ich könne das Gegengutachten genauso gut erstellen wie jeder juristische Ordinarius. Am Mut, diese Aufgabe zu übernehmen, würde es mir nicht fehlen. Nun, es bedurfte keiner Überredung. Dem Reiz, mich an Problemen zu versuchen, die mir als schwer lösbar oder als unlösbar avisiert wurden, konnte ich nicht widerstehen.

Ich bat also Frau Dr. Lehmann um das Gutachten Engisch und um Literatur, insbesondere auch aus den Ländern, die der deutschen Entwicklung der Anästhesie zum Teil um mehrere Jahrzehnte voraus waren. Außerdem bat ich sie, mich in medizinischen Fachfragen zu beraten, die sich bei der Erarbeitung des Gutachtens stellen würden.

Soweit mein unvermuteter erster Kontakt mit der Anästhesie.

Und wie ging es dann weiter?

Zunächst einmal vertiefte ich mich intensiv in die mir überlassene Literatur und stellte zu meiner Überraschung fest, dass auch in Ländern, die der Entwicklung bei uns vermeintlich voraus waren, die Frage umstritten war, ob dem Operateur ein fachliches Weisungsrecht gegenüber dem Anästhesisten zustehe. Begründet wurde das Weisungsrecht beispielsweise in den USA mit der Formulierung, der Operateur sei der „captain of the ship“. Ich fand diese Parabel recht anschaulich

und instruktiv. Instrukтив aber vor allem deshalb, um mir die Verteilung der Rollen selbst zu überlegen. Ich fand, der Operateur könne sich ja nicht wie ein Kapitän auf sein Direktionsrecht konzentrieren. Er müsse vielmehr die Operation selbst durchführen und könne daher nicht auch noch den Anästhesisten als Steuermann überwachen. Insofern trifft der Vergleich aus der Schifffahrt die Situation im Operationsaal nur unzureichend.

Andererseits bedeutet die Anerkennung als Facharzt für Anästhesie nach ärztlichem Berufsrecht zunächst nicht mehr als die Erlaubnis, die Facharztbezeichnung zu führen und damit im Rahmen der Berufsausübung auf die Spezialisierung hinzuweisen. Die Anerkennung als Facharzt änderte also per se nicht unmittelbar etwas an der Stellung der Anästhesisten. In diese Situation hinein war 8 Jahre nach der Einführung des Facharztes für Anästhesie das Gutachten von Engisch veröffentlicht worden, das aus Sicht der Chirurgen in ihrem Sinne Klarheit schaffen sollte.

Das Engisch-Gutachten trägt den Titel: „Wie ist rechtlich die Verantwortlichkeit des Chirurgen im Verhältnis zur Verantwortlichkeit des Anästhesisten bei ärztlichen Operationen zu bestimmen und zu begrenzen.“ [2] Wie wirkte diese Formulierung auf Sie?

Der Titel des Gutachtens kann, wie Sie in Ihrer Frage andeuten, dahingehend verstanden werden, dass es die Kompetenz des Juristen postuliere, die Organisationsform, in der Chirurg und Anästhesist bei der Operation zusammenarbeiten, zu bestimmen und damit die Verantwortlichkeit des Anästhesisten zu begrenzen. In der Begründung des Gutachtens zeigte sich jedoch, dass Engisch die bestehenden, von der Ärzteschaft vorgegebenen Organisationsformen zugrunde gelegt hatte.

Für die Arbeitsteilung und die Zusammenarbeit innerhalb der Fachabteilungen bzw. Kliniken gilt das hierarchische Prinzip der vertikalen Arbeitsteilung. Der leitende Arzt hat das Organisationsrecht und das fachliche Weisungsrecht für alle Mitarbeiter der Abteilung.

Für die Arbeitsteilung und die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachgebieten gelten dagegen die Grundsätze der Eigenverantwortung und der Vertrauensgrundsatz. Von den üblichen Formen der Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten unterscheidet sich die Zusammenarbeit von Operateur und Anästhesist am Operationstisch allerdings dadurch, dass sie ihre Leistungen nicht, wie sonst üblich, nebeneinander und nacheinander, sondern miteinander erbringen. Dieses ist kein Aliud, sondern bedeutet die intensivste Form der Zusammenarbeit zwischen zwei Fachgebieten.

Wenn Sie in diesen Grundsatzfragen mit dem Gutachten Engisch weitgehend einverstanden waren, worin sahen Sie dann das Problem, und wie haben Sie in Ihrem Gegengutachten argumentiert?

Das Gutachten Engisch geht davon aus, dass seine Gesamtverantwortung für den Eingriff und den Patienten den Operateur dazu verpflichte, auch die Anästhesie in Form eines fachlichen Weisungsrechts zu kontrollieren und damit die Anästhesie dem Direktionsrecht des Chirurgen zu unterstellen. Hier setzte ich mit meiner Kritik an. Auch ich ging davon aus, dass eine Gesamtverantwortung des Operateurs zu bejahen sei, aber zunächst einmal geprüft werden müsse, welche Konsequenzen sich daraus ergeben. Auszugehen ist davon, dass seine Gesamtverantwortung den Operateur dazu verpflichtet, das Beste, das Wirksamste für seinen Patienten zu tun. Mit der Anerkennung der Anästhesie als Fachgebiet war diese Frage im Grunde genommen bereits geklärt. Es galten nun für die Zusammenarbeit am Operationstisch die von der Ärzteschaft entwickelten Grundsätze für die horizontale Arbeitsteilung: Operateur und Anästhesist erbringen ihre Leistungen selbstständig und in voller Eigenverantwortung. Sie können sich im Rahmen des Vertrauensgrundsatzes darauf verlassen, dass der Partner seine Leistungen mit der gebotenen Sorgfalt erbringt. Damit ist der Operateur nur für den speziellen Eingriff zuständig und der

Anästhesist für das Betäubungsverfahren und die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen.

Die Auslegung liegt nahe, Engisch habe sich mit seinem Postulat, den Patienten mit einem fachlichen Weisungsrecht des Chirurgen vor einem Behandlungsfehler des Anästhesisten zu schützen, bewusst in einen offenen Widerspruch zu dem Vertrauensgrundsatz der Ärzteschaft setzen wollen. Eine nähere Analyse zeigt jedoch, dass Engisch sich bewusst sein musste, dass er damit keinen Erfolg haben konnte.

Könnten Sie das bitte näher erläutern?

Ich musste in Rechnung stellen, dass Engisch in einer Replik auf mein Gegengutachten hätte ausführen können, er habe sich keineswegs in Widerspruch zu den von der Ärzteschaft entwickelten Grundsätzen stellen wollen. Er fordere „lediglich“ für die Zusammenarbeit von Operateur und Anästhesist im Operationsaal eine Ausnahme. Es liege in der Natur der Grundsätze, dass Ausnahmen möglich sind.

Letztlich kann aber offen bleiben, welche der beiden Auslegungsmöglichkeiten zutrifft. Auch wer nur eine Ausnahme von den Grundsätzen der Ärzteschaft fordert, muss darlegen und beweisen, dass ein besonderes Schutzbedürfnis die geforderte Ausnahme rechtfertigt. Engisch beschränkte sich mit seinem Postulat auf den Satz: „Der Operateur dürfe sich nur in gewissen Grenzen auf den Anästhesisten verlassen“. Dies ist aber nicht mehr und nichts anderes als eine Behauptung, die bewiesen und begründet werden müsste. Dass ein solcher Beweis nicht geführt werden konnte, ist so offensichtlich, dass es keiner weiteren Erörterung bedurfte.

Zudem scheiterte das fachliche Weisungsrecht auch schon daran, dass der Operateur nur dann befähigt wäre, dem Anästhesisten fachliche Weisungen zu erteilen, wenn er über die fachspezifischen Kenntnisse und Erfahrungen eines Anästhesisten verfügte.

Selbst in den seltenen Fällen, in denen der Operateur über diese Kenntnisse und Erfahrungen verfügt, muss die für die

Ausübung des fachlichen Weisungsrechts erforderliche fortlaufende Überwachung und Überprüfung des Anästhesieverfahrens durch den Operateur zu Lasten der Konzentration auf seine eigentliche Aufgabe, den speziellen Eingriff, gehen. Das Konstrukt des Gutachtens, mit einem fachlichen Weisungsrecht den Chirurgen die Prädominanz zu sichern, scheiterte, da dieses Weisungsrecht, wie aufgezeigt, ein untaugliches Mittel ist, um den Patienten zu schützen. Es würde auch den Zweck der Spezialisierung konterkarieren und zudem den Patienten gefährden, weil sich der Chirurg nicht mehr voll auf den Eingriff konzentrieren kann.

Demgegenüber habe ich in meinem Gegengutachten ein Kooperationsystem herausgearbeitet, das die Mängel des hierarchischen Systems vermeidet und nicht selbst wieder mit anderen Defiziten belastet ist. Ich habe das System der horizontalen Arbeitsteilung zwischen Fachärzten verschiedener Disziplinen aufgegriffen und weiter geführt, wobei ich die zugrunde liegenden Prinzipien nicht ab ovo selbst entwickelt habe. Der Grundsatz der Arbeitsteilung und der Vertrauensgrundsatz waren, wie schon mehrfach erwähnt, in die Betrachtung der Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Fachgebiete bereits eingeführt, auch Engisch hatte sie in seinem Gutachten vorausgesetzt. Allerdings waren sie, wie wir gesehen haben, mit seinem Postulat der hierarchischen Prädominanz des Chirurgen gegenüber dem Anästhesisten nicht vereinbar.

Haben denn die Chirurgen und ihr Gutachter nicht bedacht, dass mit einem fachlichen Weisungsrecht des Operateurs gegenüber dem Anästhesisten zum Schutze des Patienten auch Pflichten verbunden sein könnten?

Offenbar nicht oder sie haben das zumindest nicht für wesentlich erachtet. Denn wer ein fachliches Weisungsrecht zum Schutze des Patienten fordert, sollte erkennen, dass mit diesem Recht zwangsläufig die Pflicht besteht, den Anästhesisten bei allen seinen Leistungen am Operationstisch zu überwachen, was, wie wir gezeigt haben, nicht praktikabel ist.

Die von ihm postulierte persönliche Prädominanz des Operateurs erwies sich also als inadäquat und musste durch eine Prädominanz der sachlichen Erfordernisse im Interesse des Patienten abgelöst werden. Das Direktionsrecht birgt allerdings, wie ich noch erwähnen möchte, auch die Gefahr forensischer Konsequenzen für den Operateur selbst, wenn er sich bei Behandlungsmisserfolgen, die auf einer Fehlleistung des Anästhesisten beruhen, im Schadensersatzprozess und im Strafverfahren fragen lassen müsste, was er denn getan habe, um seiner Überwachungspflicht gerecht zu werden. Ich bin überzeugt, diese mehr als fatalen Konsequenzen aus dem im Engisch-Gutachten favorisierten Organisationsmodell waren in der ersten Euphorie auf chirurgischer Seite in ihrer Tragweite zunächst nicht erkannt worden.

Hatten Sie keine Bedenken, sich in einem solchen Maß für die Anästhesisten zu engagieren und in den Augen der Chirurgen als „Fachfeind“ gelten zu müssen?

Ich bin von Natur aus nicht sehr ängstlich und vertraute darauf, dass man mich und meine Familie trotz alledem mit größter Sorgfalt behandeln würde. Letztlich war ich davon überzeugt, dass die Chirurgen mit der Zeit einsehen würden, dass sich das Engisch-Gutachten, wenn wir ihm nicht widersprochen hätten, für sie als Danaergeschenk hätte entpuppen müssen. Nun, die weitere Entwicklung hat meine Annahme bestätigt.

Wie wurde Ihr Gegengutachten vom Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie (DGA) aufgenommen?

Nun, dazu kann ich Ihnen eine nette Anekdote erzählen. Ich hatte mein Gegengutachten innerhalb von zweieinhalb Monaten erstellt und an Frau Dr. Lehmann übergeben. Sie leitete es an den seinerzeitigen Präsidenten der DGA, Herrn Prof. Kurt Wiemers, weiter, der daraufhin zur Besprechung im Rahmen einer Präsidiumssitzung einlud. Die Diskussion leitete er mit der folgenden Bewertung ein: Das Gutachten möge ja schön und gut sein, aber es sei zu lang. Ich erwiderte: Das Gutachten sei des-

halb so lang, weil ich mich bereits mit den Argumenten einer zu erwartenden Replik der Chirurgen auseinandergesetzt und diese widerlegt habe. Der Präsident blieb aber dabei, dass das Gutachten zu lang sei. Ich sei gern zu Kürzungen bereit, kam ich ihm entgegen, wenn er mir Stellen benennen könne, die überflüssig seien. Prof. Wiemers antwortete, dass er dazu nicht im Stande sei. Da Geduld noch nie meine größte Stärke war, bat ich alle Präsidiumsmitglieder, mir ihre Kopien meines Gutachtens zu übergeben, damit ich diese vernichten könne. Denn aus ihrem Schweigen schlosse ich, dass sie mit der Meinung des Präsidenten übereinstimmten. Geistesgegenwärtig rettete Frau Dr. Lehmann die Situation, indem sie sich an den Präsidenten wandte, er solle nicht so pingelig sein, sie halte das Gutachten für vorzüglich. Wenn das Präsidium es verwerfen sollte, müsse es sich selbst einen neuen Gutachter suchen. Damit glätteten sich die Wogen und wir konnten das Gutachten finalisieren. Der Präsident übersandte das Gegengutachten an das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und veranlasste die Publikation im Anaesthesisten [1].

Wie reagierten damals die Chirurgen auf die Veröffentlichung Ihres Gegengutachtens?

Zunächst überhaupt nicht. Es herrschte eine geradezu gespenstische Stille. Die anästhesiologischen Verbände baten daher den Gutachter Karl Engisch um eine Stellungnahme zum Gegengutachten. An die Antwort von Engisch erinnere ich mich noch sehr gut. Er schrieb damals, es handle sich um eine bemerkenswerte Arbeit, zu der sich vieles sagen ließe, einiges auch dagegen, er habe aber keine Zeit, sich erneut mit diesem Thema zu befassen. Mit diesem noblen Eingeständnis eines „Schach matt“ war der Gutachterstreit zu Gunsten der Anästhesie entschieden. Im November 1964 vereinbarten die Deutsche Gesellschaft für Anaesthesie und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unter meiner Beteiligung gemeinsame Richtlinien für die Stellung des leitenden Anästhesisten. Mit dieser Vereinbarung war zehn Jahre

nach Einführung des Facharztes die interdisziplinäre Anerkennung der Anästhesie als selbstständiges und gleichberechtigtes Fachgebiet in der deutschen Medizin erreicht.

Das klingt wie ein Schlusspunkt?

Das klingt nur rückblickend so. In Wirklichkeit war dies der Beginn eines Weges, der den damaligen Protagonisten der Anästhesie sehr viel Mut, Geduld und Beharrlichkeit abverlangte. Denn zu diesem Zeitpunkt herrschte in der Anästhesie noch eine extreme Personalnot. Für 10 operativ tätige Krankenhäuser war 1964 nur etwa ein Anästhesist verfügbar. Es ging zwar nach der Wende durch das Gutachten mit der Anästhesie stetig aufwärts, aber die Personalsituation entspannte sich erst allmählich. Nach der Klärung der Position des Facharztes für Anästhesie musste nun auch geklärt werden, welche Stellung die Anästhesieschwestern und sonstige Hilfskräfte haben sollten, die ja im Auftrag der Chirurgen immer noch zahlreiche Patienten narkosieren mussten, wenn keine Anästhesisten zur Verfügung standen. Nun, hier kam uns entgegen, dass die Vertreterinnen der Schwesternschaft in der modernen Apparatenarkose eine Überforderung der Narkoseschwestern sahen. Hinzu kam, dass der Gesetzgeber klar zwischen der Heilhilfstätigkeit und der Ausübung der Heilkunde unterscheidet, sowie weiter, dass die Narkose auch aus der Sicht der Rechtsprechung eindeutig eine ärztliche Verrichtung ist. Somit war rasch klar, dass es keine selbstständigen Narkosen durch Anästhesieschwestern und anderes Heilhilfspersonal geben durfte. Die heutigen Fachpflegekräfte für Anästhesie und Intensivmedizin sind Heilhilfspersonal in diesem Sinne und unterstehen dem Anästhesisten.

In zahlreichen weiteren Entschließungen und Vereinbarungen wurde auf der Grundlage meines Gutachtens im Laufe der Jahre ein tragfähiges Netz der Zusammenarbeit mit allen Partnern der Anästhesie geknüpft.

Wie waren Sie in die Erarbeitung dieser Vertragswerke eingebunden?

Es war für mich ein Glücksfall, dass ich 1967 von Seiten des Berufsverbands

Deutscher Chirurgen (BDC) angesprochen wurde, ob ich nicht auch einmal für die Chirurgen etwas tun könne, die ich mit meinem Gutachten so richtig „in die Pfanne gehauen“ hätte? Daraus entwickelte sich eine ebenfalls sehr fruchtbare Zusammenarbeit, die mich in die Lage versetzte, als ehrlicher Makler zwischen Anästhesisten und Chirurgen zu wirken.

Herr Professor Weißauer, wie wurden Sie in die damaligen Gremien von BDA und DGAI eingebunden? Mit wem arbeiteten Sie zusammen?

Als Jurist konnte ich selbstverständlich nicht isoliert als Solist wirken, ich war auf Tuchfühlung mit dem Fach und auf ein enges Zusammenwirken mit zahlreichen Anästhesisten angewiesen. Mir kam zugute, dass sich um Charlotte Lehmann, die damalige Schriftführerin des BDA und der DGAI, rasch eine kleine informelle Arbeitsgruppe bildete, die in Zusammenarbeit mit den Präsidien der Verbände die Strategie und Taktik für das weitere Vorgehen erarbeitete. Denn nur wenn es gelang, dem Anästhesisten adäquate Berufschancen zu sichern, konnte der riesige personelle Nachholbedarf in absehbarer Zeit gedeckt werden.

Die Verbände waren noch klein, die Strukturen noch nicht so verfestigt. Es war ein lockeres, bisweilen auch improvisierendes miteinander Arbeiten. Wir haben auch immer viel miteinander gelacht. Wir warfen einander die Ideenbälle zu und arbeiteten sie als Entwürfe oder Publikationen gemeinsam aus. Jeder brachte sich unter der unaufdringlichen und souveränen „Regie“ von Charlotte Lehmann ganz selbstverständlich mit seinen Schwerpunkten und seiner besonderen Expertise ein zur Klärung der Grundsatzfragen, die sich für den Status des Anästhesisten vor allem in den Bereichen des Arbeits- und Vertragsrechts, des Krankenhausrechts, des Kassenarztrechts und des Gebührenrechts ergaben. Gebührenfragen etwa habe ich sehr intensiv mit dem unvergessenen Othmar Zierl bearbeitet. Über die Jahre wurden wir darüber enge Freunde, die auch gemeinsam die Welt bereisten. Mit Wolfgang

Opperbecke, der im Dezember 2022 im Alter von 100 Jahren verstorben ist, habe ich gemeinsam Musterverträge für angehende Chefärzte der Anästhesie entwickelt und beispielsweise krankenhausrrechtliche und krankenhausergänzende Fragen geklärt, etwa bezüglich der Zuordnung von Aufwächerräumen und Intensivbetten und der Erarbeitung von Personalschlüsseln. Auch wir waren bis zu seinem Tod enge Freunde. Wir haben uns seinerzeit nicht geschämt, auch zu den medizinischen, ethischen und rechtlichen Grundsatzfragen im Umfeld des Fachgebietes Stellung zu beziehen, seien es nun die Grenzen intensivmedizinischer Behandlung, die Fragen der Selbstbestimmung des Patienten am Lebensende, das Feld der aktiven und passiven Sterbehilfe oder medikolegale Implikationen eines Schwangerschaftsabbruchs. Rückblickend habe ich den Eindruck, dass die folgenden, jahrzehntelangen Diskussionen, an denen wir uns als Koautoren immer wieder mit Publikationen beteiligten, kaum über den damaligen Stand hinaus geführt haben.

Da ich unmöglich alle die Weggefährten aus meiner jahrzehntelangen Tätigkeit für die Anästhesie aufzählen kann, will ich stellvertretend nur die Namen der Präsidenten des BDA nennen, mit denen ich über vier Jahrzehnte zusammenarbeiten durfte: Karl Horatz, Karl-H. Bräutigam, Walter Henschel, Karl Hutschenreuter, Peter Uter, Klaus Zinganel und Bernd Landauer.

Welche neuen Probleme tauchten in der Folgezeit für die Anästhesie auf, an deren Lösung Sie beteiligt waren?

Ein Beispiel möchte ich nennen. In den 1970er Jahren wurden die Prozesse wegen Aufklärungsmängeln gegen Anästhesisten und selbst Strafverfahren wegen vorsätzlicher Körperverletzung so bedrohlich, dass der BDA sich 1977 schwerpunktmäßig mit diesem Thema befasste. Es war zu diesem Zeitpunkt für Jeden, der sich ernsthaft mit der Materie befasste, erkennbar, dass mit Referaten und Publikationen allein keine Wende herbeizuführen war. Das galt übrigens gleichermaßen auch für die Chirurgen und die anderen operativen Fächer,

insbesondere für die Gynäkologen. Als pragmatische Lösung stellte ich damals die Kombination einer schriftlichen mit der unverzichtbaren mündlichen Aufklärung vor; ein Fragenkatalog zur Anamnese sollte von der schriftlichen Standardaufklärung zur mündlichen Individualaufklärung überleiten sowie zur Dokumentation des Aufklärungsgesprächs und der Einwilligungserklärung des Patienten. Den Rest kennen Sie. Die bewährten Aufklärungsbogen sind heute vor Anästhesien, Operationen und diagnostischen Eingriffen nicht mehr weg zu denken.

Eines muss ganz klar gesagt werden: Der Weg zu mehr forensischer Sicherheit für den Arzt führt über mehr Sicherheit für den Patienten. Die Qualitätssicherung durch Information der Kollegen über die Standards des Fachgebiets war seit jeher ein Grundanliegen der anästhesiologischen Verbände. Mit ihren „Entschliessungen und Empfehlungen“ haben DGAI und BDA, schon Jahrzehnte vor der Geburt der „Leitlinien“, entscheidende Pionierarbeit zur Qualitätssicherung geleistet.

Mit Ihrer Pensionierung 1984 ging Ihre bis dato ehrenamtliche und nebenberufliche juristische Beratungstätigkeit für die Verbände in einen neuen „Hauptberuf“ über. Änderte sich dadurch etwas für Sie?

Eigentlich nur Eines: Ich hatte jetzt mehr Zeit für meine bisherigen ehrenamtlichen Nebentätigkeiten. Unmittelbar nach meiner Pensionierung beriefen mich der BDA und der BDC jeweils zu ihrem Justitiar. Ich war selbstverständlich zugleich stets auch Berater der DGAI. Und ich konnte in der zu diesem Zeitpunkt neu geschaffenen Geschäftsstelle von DGAI und BDA in Nürnberg ein eigenes Büro beziehen, was meine Arbeit sehr erleichterte.

An meinem Engagement für die Anästhesie hat sich durch die formelle Berufung nichts geändert. Schon längst war ich voll in die Medizin integriert. Wie sehr ich bei der Anästhesie nostrifiziert war, wurde mir bei einem Symposium in einer österreichischen Universitätsklinik bewusst. Die für die Organisation

zuständige Oberärztin, die mich seit langem kannte, wunderte sich nach meinem Referat über den Umfang meiner Rechtsausführungen. Auf meine Frage, wie sie mich denn beruflich einordne, meinte sie, es wisse doch Jeder, dass ich Anästhesist sei. So kann es einem gehen.

Das Justitiariat übergab ich übrigens 1996 an Herrn Dr. Elmar Biermann, mit dem ich bereits seit 1988 gerne zusammen gearbeitet hatte. Weitere fünf Jahre widmete ich mich dann schwerpunktmäßig noch dem weiteren Auf- und Ausbau von MCN, Aktiv Druck und Diomed. Eine weitere Erfolgsgeschichte, die ich anstoßen konnte, war der Abschluss eines Rahmenvertrags über eine Strafrechts- und Berufshaftpflichtversicherung für alle Mitglieder des BDA mit dem namhaften Versicherungsmakler Funk. Durch die Ausweitung auf andere Fachgebiete nutzen heute rund 65.000 Ärzte diesen berufsbezogenen Versicherungsschutz.

Herr Prof. Weißbauer, so könnte man natürlich immer weiter fragen. Themen gäbe es aus 100 Jahren genug, wenn man allein nur an die Aktivitäten in den Jahren nach Ihrem Rückzug aus dem Justitiariat denkt, die Sie gerade erwähnt haben. Zum Abschluss möchten wir noch einmal auf Ihr Gutachten zurückkommen. Im Nachgang zu diesem Gutachten haben Sie das Recht zum „Stichentscheid“ des Operateurs beziehungsweise seine „Kompetenz-Kompetenz“ in die Diskussion eingebracht. Manche Anästhesisten empfanden dies als Wermutstropfen. Wie würden Sie das im Rückblick bewerten?

Nicht anders! Wenn sich in äußerst seltenen Fällen Operateur und Anästhesist nicht über die Abwägung und Gewichtung der widerstreitenden sachlichen Erfordernisse einigen können, steht also Meinung gegen Meinung, so obliegt es dem Operateur, den „Stichentscheid“ zu treffen. Das folgt aus seiner Gesamtverantwortung für die Operation und den Patienten. Dabei geht es aber nicht so sehr um ein Recht, als vielmehr um eine Pflicht, den Stichentscheid zu treffen, ohne den eine Pattsituation nicht behoben werden kann. Der Anästhesist muss

diesen Stichentscheid im Rahmen und in den Grenzen des Vertrauensgrundsatzes akzeptieren.

Lassen Sie mich die Problematik anhand eines praktischen Beispiels aufzeigen, um zu verdeutlichen, worauf es in diesem Zusammenhang ankommt:

Die leitende Ärztin einer Universitätsklinik bat mich um Rat. Sie solle für eine 75-jährige Patientin zur Entfernung einer fortgeschrittenen Geschwulst im Unterleib die Anästhesie durchführen. Erschwerend kam hinzu, dass die Patientin als Zeugin Jehovas jegliche Bluttransfusion ablehnte und das bei einem Ausgangs-Hb von 4. Die Ärztin äußerte erhebliche Zweifel, dass die Patientin unter diesen Rahmenbedingungen in ihrem geschwächten Zustand diesen schweren Eingriff und die dazu erforderliche Anästhesie überhaupt überleben könne, und fragte mich ehrlich verzweifelt, ob sie in diesem Falle die Anästhesie ablehnen könne. Um das Gespräch wieder zu versachlichen, erkundigte ich mich bei ihr nach den Überlebenschancen der Patientin ohne und mit Operation. Ohne Operation etwa zwei Wochen. Sollte sie die Operation überstehen, könnte sie bei günstigem Verlauf durchaus noch mit zwei weiteren Lebensjahren rechnen. Die Aussicht auf einen deutlichen Gewinn an Lebenszeit rechtfertigte auch das Eingehen eines sehr hohen Risikos, argumentierte ich und riet ihr, wenn der Operateur sich nach Aufklärung über die Chancen und Risiken mit der Patientin für den Eingriff entscheide, die Anästhesie durchzuführen. Zufällig traf ich die Ärztin einige Tage nach unserem Telefonat anlässlich eines Vortrags und sie berichtete mir, dass die Patientin erfolgreich operiert worden sei und noch lebe.

Nun gibt es aber wohl die Situation, in der der Operateur einen Eingriff fortsetzen will, obwohl der Anästhesist darauf hinweist, dass der Zustand der Vitalfunktionen den Abbruch der Operation fordere. Hier kann der Patient nicht befragt werden. Sein mutmaßlicher Wille muss den Ausschlag für die Entscheidung des Chirurgen geben. Gibt es dafür keine Anhaltspunkte, so muss der Operateur

unter Abwägung aller Risiken über die Fortsetzung oder den Abbruch entscheiden.

Meine Kritiker sehen in meinem Votum für den „Stichentscheid“ offenbar einen letzten Rest der alten Prädominanz. Sie müssen sich allerdings fragen lassen, wie sie die Pattsituation anders lösen wollen?

Die Entscheidung auf einen Dritten zu übertragen, ist in dieser Situation nicht möglich. So muss also in „letzter Instanz“ der Operateur entscheiden, eine erhebliche Verantwortung, um die ihn keiner beneiden sollte. Ich denke, die Anästhesisten können das heute, nach sechs Jahrzehnten erfolgreichen Wirkens

auf Augenhöhe mit den Vertretern der operativen Fächer, mit mehr Gelassenheit sehen.

Lieber Herr Professor Weißauer, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Die Fragen stellten Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jürgen Schüttler, Erlangen, und Wolfgang Schwarz, Nürnberg.

Literatur

1. Weißauer W: Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anaesthesist und Operateur. *Anaesthesist* 1962;11:239–271
2. Engisch K: Wie ist rechtlich die Verantwortlichkeit des Chirurgen im

Verhältnis zur Verantwortlichkeit des Anaesthesisten bei ärztlichen Operationen zu bestimmen und zu begrenzen? (Gutachten). *Langenbecks Arch klein Chir* 297;1961:236–254.

Korrespondenz- adresse



Wolfgang Schwarz

Zochastraße 11
90480 Nürnberg, Deutschland

Tel.: 0911 5430142

E-Mail: wolfgang@schwarz-musolf.de