

Jochen Jackowski¹, Korbinian Benz¹, Karsten Fehn²

Strafrechtliche Compliance bei der Durchführung ambulanter Operationen in Vollnarkose

Teil I: Vorbereitende Maßnahmen und
Teil II: Der eigentliche Eingriff

Criminal compliance in performing outpatient surgery under general anesthesia

Part I: Preparatory actions and Part II: The actual procedure



Prof. Dr. Jochen Jackowski

(Foto: privat)

Warum Sie diesen Artikel lesen sollten? / Why should you read this article?

Steht der Vorwurf des Behandlungsfehlers im Raum, kommt es bei einer anästhesiologisch-chirurgischen Therapie häufig auf die Frage an, wem dieses Vergehen zugerechnet wird und wer in der Folge haftbar gemacht werden kann.

In the face of an accusation of medical malpractice, the main questions with regard to any anesthesiological-surgical therapy are often who is the perpetrator of this alleged malfeasance, and who subsequently holds responsibly.

Zusammenfassung: In der jüngeren Vergangenheit ist zunehmend zu beobachten, dass niedergelassene Oralchirurgen und Zahnärzte in den Fokus strafrechtlicher Ermittlungen geraten. Bedingt durch diverse Vorfälle wird u.a. das Gesamtkonzept der ambulanten operativen Medizin in Frage gestellt, da es wegen einer unzureichenden Nachsorge immer wieder zu schwersten Komplikationen und teilweise auch zu Todesfällen kommt. Die bestehenden strafrechtlichen Risiken bei der Zusammenarbeit von Oralchirurg und Anästhesist bei der Durchführung ambulanter Operationen in Vollnarkose werden verschärft, da durch 2 Behandler das Risiko gewissermaßen verdoppelt wird und nunmehr 2 Behandler die Verantwortung für eine einheitliche Organisation eines fachgerechten Behandlungsablaufes tragen. Im Rahmen der Wahrnehmung dieser Organisationspflichten ist eine exakte Abgrenzung der dem Oralchirurgen und dem Anästhesisten jeweils obliegenden Zuständigkeitsbereiche vorzunehmen und in Grenzbereichen bzw. Schnittmengen sind detaillierte Absprachen zu treffen, denen die im Schadensfall strafrechtlich zu beurteilenden Verantwortungsbereiche folgen. Fehler in der Zuständigkeitsabgrenzung können zu für den Patienten gefährlichen Lücken in der Behandlung und Überwachung oder zu – möglicherweise nicht minder riskanten – Überschreitungen

Summary: In the recent past, practicing oral surgeons and dentists have come increasingly into the focus of criminal investigation. Based on various incidents, the overall concept of ambulatory surgical medicine has been challenged, since it infrequently may result in serious complications and, in some cases, has led to death because of insufficient follow-up. The existing criminal risks in the cooperation of the oral surgeon and anesthesiologist in performing outpatient surgery under general anesthesia are exacerbated because of the presence of 2 workstations; the risk is doubled to a certain extent, and 2 therapists are responsible for the unified organization of a professional treatment process. In the execution of this organization, the duties of the oral surgeon and the anesthesiologist and their relevant incumbent responsibilities should be precisely delineated, and in border areas or intersections, detailed arrangements have to be determined. Wrongful conduct in the division of responsibilities may cause dangerous gaps in the treatment and monitoring of the patient. Dentists involved in such treatment therefore need to take advantage of their dental or medical obligations and to organize the close coordination of the treatment process and, in particu-

¹ Abteilung für Zahnärztliche Chirurgie und Poliklinische Ambulanz, Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke
² Strafverteidiger, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Ordentlicher Professor für Strafrecht und öffentliches Recht an der Technischen Hochschule Köln, Lehrbeauftragter an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke

Peer-reviewed article: eingereicht: 21.10.2016, revidierte Fassung akzeptiert: 10.03.2017

DOI.org/10.3238/dzz.2017.4951

der jeweiligen Fachkompetenzen führen. Für die an der Behandlung beteiligten Zahnärzte ist es daher unerlässlich, sich die ihnen obliegenden Pflichten bewusst zu machen, sich die zahnmedizinische bzw. medizinische und die daran anknüpfende strafrechtliche Tragweite ihres Handelns vor Augen zu führen und durch eine enge Abstimmung den Behandlungsablauf zu organisieren und insbesondere die Inhalte und Grenzen des eigenen Faches zu beachten. Angesichts der Vielzahl und des Umfangs der hierbei zu beachtenden strafrechtlichen und sonstigen rechtlichen Aspekte erscheint es dabei sinnvoll, sich verschiedener Compliance-Instrumente zu bedienen. Diese müssen alle auf der Überlegung beruhen, dass das eigene Handeln der ständigen Überprüfung und Anpassung hieran bedarf. Fehler entstehen durch unüberlegtes oder allzu routiniertes Verhalten. Routine darf lediglich in Bezug auf die vorerwähnte Überprüfung und Anpassung des Verhaltens Einzug in das zahnärztliche Handeln halten. Für die strafrechtskonforme Organisation der oralchirurgischen Praxis erscheint zunächst eine umfassende „Checkliste“ sinnvoll, welche die Beachtung der wesentlichen strafrechtlich relevanten Aspekte gewährleistet. Das Gleiche gilt für eine Begehung und Überprüfung der oralchirurgischen Praxis auf ihre Eignung für die Durchführung ambulanter Operationen in Vollnarkose sowie deren Protokollierung. Ferner ist die Etablierung eines (juristischen) Notfallmanagement-, Notfallpräventions- und Fehlervermeidungssystems anzuraten. Schließlich ist vorsorglich, wenngleich auch rechtlich grundsätzlich nicht zwingend erforderlich, der Abschluss einer Vereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen Oralchirurg und Anästhesist empfehlenswert. (Dtsch Zahnärztl Z 2017; 72: 398–410)

Schlüsselwörter: ambulante Narkose; strafrechtliche Compliance; Eingriffs-Planung; Verantwortungsbereich; Praxiseinrichtung

1. Einleitung

In der jüngeren Vergangenheit ist zunehmend zu beobachten, dass niedergelassene Oralchirurgen und Zahnärzte in den Fokus strafrechtlicher Ermittlungen geraten. Bedingt durch diverse Vorfälle wird u.a. das Gesamtkonzept der ambulanten operativen Medizin in Frage gestellt, da es wegen einer unzureichenden Nachsorge immer wieder zu schwerwiegenden Komplikationen und teilweise auch zu Todesfällen gekommen ist. Die hier angeführte Problematik ist von Relevanz für Zahnärzte, Fachzahnärzte für Oralchirurgie und Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, die in ihrer Praxis Therapien unter ambulanter Narkose durchführen. Darüber hinaus ist die Thematik von Bedeutung für alle operativ tätigen Fächer der Humanmedizin, die ambulante Eingriffe in Vollnarkose durchführen (z.B. Fachärzte für Allgemein- und Viszeral-

chirurgie, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Kardiologie).

Dass es sich dabei nicht um seltene Einzelfälle handelt, belegt eine Studie, nach welcher europaweit nach Operationen 4 % der Patienten versterben [12]. An dieser „7-day-cohort-study“ nahmen in der Zeit vom 4. April bis 11. April 2011 insgesamt 46.539 Patienten aus 500 Krankenhäusern in 28 Ländern teil, davon ca. 5200 Patienten aus Deutschland. In Deutschland verstarben 2,5 % der Patienten, bevor sie das Krankenhaus verlassen konnten. Im europaweiten Vergleich belegt Deutschland damit Platz 5. Nun mag diese Prozentzahl – je nach Sichtweise – als gering angesehen werden, in absoluten Zahlen bedeutet dies jedoch immerhin 130 Patienten. Parallel hierzu ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl ambulanter Operationen in Deutschland in der Zeit von 2000 bis 2010 auf 1,58 Millionen gestiegen ist und sich damit insgesamt versechsfacht hat [11]. Zuzugeben ist aller-

dings, dass allein aus den vorgenannten Zahlen kein Rückschluss auf die Ursachen für den Tod der Patienten gezogen werden kann. Erst recht kann weder hieraus, noch aus den eingangs erwähnten Vorfällen der Rückschluss gezogen werden, ob etwa eingetretene Komplikationen vermeidbar bzw. dem Oralchirurgen oder dem Anästhesisten vorwerfbar waren, z.B. weil grundlegende Standards missachtet worden sein sollen. Daten zu Todesfällen nach oralchirurgischen Eingriffen sind bisher nicht publiziert worden. Es liegen auch keine Veröffentlichungen vor, aus denen ersichtlich wird, ob Todesfälle als Folge der Anästhesie oder des oralchirurgischen Eingriffes aufgetreten sind. Allerdings haben Nkansah et al. 1997 [19] über die Mortalitätsrate nach Sedierung und Vollnarkose in Kombination mit zahnärztlichen Behandlungen berichtet. Dabei beziehen sie sich auf Veröffentlichungen von 9 Arbeitsgruppen aus den Jahren von 1955 bis 1992 (Tab. 1).

Keywords: ambulatory anesthesia; criminal compliance; planning; responsibility; treatment furniture

Sterblichkeitsrate pro 1.000.000 Fälle	Publizierte Fälle	Autor(en) und Jahr der Veröffentlichung
6,1	15 von 2.429.148	Seldin und Recant, 1955 [22]
3,2	5 von 1.575.000	Driscoll, 1966 [8]
2,9	7 von 2.445.853	Driscoll, 1974 [2]
3,3	1 von 300.000	Tomlin, 1974 [24]
2,3	3 von 1.295.000	Lytle, 1974 [15]
1,2	1 von 860.000	Lytle und Yoon, 1980 [17]
3,9	56 von 14.473.000	Coplans und Curson, 1982 [6]
1,5	7 von 4.711.900	Lytle und Stamper, 1989 [16]
1,0	2 von 2.082.805	D'Eramo, 1992 [7]

Tabelle 1 Sterblichkeitsrate pro 1 Mio. Fälle unter Sedierung oder Vollnarkose (modifiziert nach Nkansah et al., 1997) [19]

Table 1 Mortality rate per 1 million cases under sedation or general anesthesia (modified according to Nkansah et al., 1997) [19]

Jedenfalls aber geht mit diesen tragischen Zwischenfällen zumeist der Vorwurf der fahrlässigen Tötung gemäß § 222 StGB einher [5, 6], sodass der betroffene Oralchirurg und dessen Praxis unabhängig von zivilrechtlichen Haftungsfragen zunehmend in den Fokus staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen rücken, in deren Zuge aufzuklären ist, ob alle aus strafrechtlicher Sicht relevanten (zahn)ärztlichen Pflichten beachtet wurden und, falls dies nicht der Fall war, ob die Pflichtverletzungen ursächlich für den Tod (oder den Gesundheitsschaden) des Patienten waren und deswegen zu sanktionieren sind.

2. Strafrechtliche Compliance

Vor diesem Hintergrund kommt der Einführung von Compliance-Instrumenten in der oralchirurgischen Praxis besondere Bedeutung zu. Gesetzlich definiert ist der Begriff „Compliance“ indes nicht. Wörtlich übersetzt bedeutet er „Normbefolgung“ und beschreibt damit eine Selbstverständlichkeit. Letztlich bedeutet Compliance aber mehr, nämlich die Gesamtheit der Maßnahmen, die das rechtmäßige Verhalten eines Unternehmens, seiner Organe und Mitarbeiter im Hinblick auf sämtliche gesetzlichen und unternehmenseigenen Ge- und Verbote gewährleisten soll [9]. Ziel von Compliance ist die Minimierung von

(meist strafrechtlichen) Haftungsrisiken durch die Etablierung von Prozessen, die Rechtsverletzungen aus dem Unternehmen heraus aufdecken bzw. verhindern. Damit handelt es sich bei Compliance letztlich um eine Form der Prävention. Im hier interessierenden medizinischen Kontext könnte man den Begriff der Compliance mit dem der Prophylaxe vergleichen.

Deshalb sind auf der Grundlage des zahnärztlichen Pflichtenkatalogs geeignete Compliance-Instrumente zur Reduzierung des Risikos einer strafrechtlichen Verfolgung zu entwickeln und in oralchirurgischen Praxen, in denen ambulante Operationen in Vollnarkose (aber auch unter Analgosedierung) durchgeführt werden, zu etablieren.

3. Zusammenarbeit von Zahnarzt/Oralchirurg und Anästhesist

Voraussetzung strafrechtlicher Compliance ist die Analyse von Grundlagen der Zusammenarbeit von Oralchirurg und Anästhesist und die Definition von Verantwortungsbereichen.

3.1 Vertrauensgrundsatz

In Rechtsprechung und Literatur ist heute unbestritten, dass das früher geltende

Prinzip der Unteilbarkeit ärztlicher Verantwortung „in der modernen Organisationsform eines partnerschaftlichen Zusammenwirkens von wissenschaftlich ausgebildeten Vollspezialisten“ [7] keine Geltung mehr beanspruchen kann. Aufgrund des Umfangs und der Vielschichtigkeit der medizinischen und zahnmedizinischen Fach(zahn-)arztausbildungen gilt heute vielmehr das Prinzip der Einzel- und Eigenverantwortlichkeit. Das Oberlandesgericht Naumburg folgte 2005 daraus, dass jeder (Zahn-)Arzt grundsätzlich nur den Fach(zahn-)arztstandard desjenigen (zahn-)medizinischen Fachbereiches zu gewährleisten hat, in welchen die von ihm übernommene Behandlung fällt [10]. Es ist demzufolge stets zu untersuchen, welcher (Zahn-)Arzt für welchen Vorgang oder welche Maßnahme zu welchem Zeitpunkt verantwortlich war. Vor diesem Hintergrund ist das Vertrauen eines (Zahn-)Arztes darauf, dass der andere an der Behandlung beteiligte (Zahn-)Arzt seine Pflicht ordnungsgemäß erfüllt, solange nicht pflichtwidrig, wie weder die für den Vertrauenden maßgebliche Erfahrung noch seine besonderen Wissensmöglichkeiten zu einer Erschütterung seines Vertrauens führen. Mithin darf sich ein (Zahn-)Arzt solange darauf verlassen, dass der Kollege eines anderen oder des gleichen Fachgebiets seine Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt, wie keine offensichtlichen Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden [4] (Abb. 1).

3.1.1 (Organisations-)Zuständigkeiten von Zahnarzt/Oralchirurg und Anästhesist

Aus den bisherigen Ausführungen folgt zwangsläufig, dass jeder an der Behandlung des Patienten beteiligte Zahnarzt für die ordnungsgemäße Organisation seines Behandlungsablaufes verantwortlich zeichnet. Soweit vereinzelt vertreten wird, dass der Oralchirurg als Betreiber der Praxis für die Organisation der postoperativen Überwachung, für das Vorhandensein von entsprechenden Geräten und von geeignetem (anästhesiologischem) Fachpersonal verantwortlich sei [1], kann dem nach den vorstehenden Ausführungen richtigerweise nicht gefolgt werden. Oralchirurg und Anästhesist stehen zueinander nämlich nicht in einem Über- und Unterordnungsverhältnis, aus welchem eine Leitungskom-

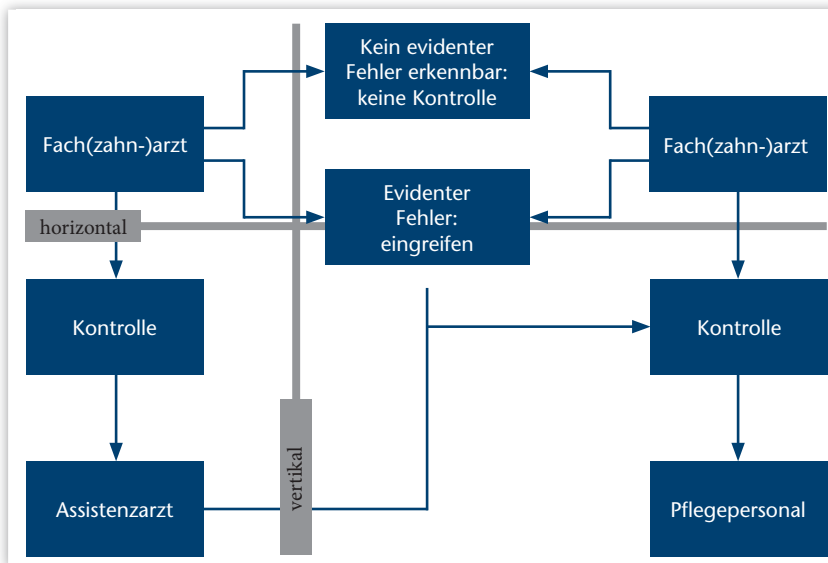


Abbildung 1 Vertrauensgrundsatz

Figure 1 Principle of confidence

petenz des Praxisinhabers resultieren kann. Vielmehr arbeiten beide gleichberechtigt nebeneinander, sodass sich ihre Leitungskompetenzen nur auf das von ihnen jeweils vertretene Fachgebiet beziehen. Hieran ändert der Umstand, dass der Eingriff in den Räumen des Oralchirurgen stattfindet, nichts. Da sich die Leitungskompetenzen nicht auf das jeweils andere Fachgebiet erstrecken, können auch keine Organisationspflichten des Oralchirurgen in Bezug auf anästhesiologische Abläufe bestehen und umgekehrt. Hinzu kommt, dass weder der Oralchirurg noch der Anästhesist über die Fachkompetenz verfügen, um Maßnahmen und organisatorische Vorkehrungen im jeweils anderen Fachbereich kontrollieren, d.h. aufgrund überlegenen oder zumindest gleichrangigen Fachwissens Fehlerquellen erkennen zu können. Dies gilt jedenfalls für solche Fehler, die nicht für jeden Zahnarzt aufgrund seiner allgemeinen Ausbildung oder aufgrund langjähriger Erfahrung in der Zusammenarbeit mit anderen Zahnärzten anderer Fachrichtungen evident sind.

3.2 Vereinbarungen zwischen Zahnarzt/Oralchirurg und Anästhesist über die Zusammenarbeit

Der Oralchirurg und der Anästhesist haben aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausbildung unterschiedliche medizi-

nische bzw. zahnmedizinische Verantwortungsbereiche im Rahmen der horizontalen Behandlung eines Patienten abzudecken. Die hier insoweit einschlägigen Standards sind derart eindeutig und klar abgrenzbar, dass es in der Regel keiner expliziten Absprache bzw. Vereinbarung über Verantwortungsbereiche mehr bedarf und die jeweiligen zahnmedizinischen Maßnahmen so gewissermaßen automatisch ineinandergreifen und sich logisch ergänzen. Vielmehr ist dem Oralchirurgen und dem Anästhesisten zu Beginn ihrer Zusammenarbeit zwangsläufig klar, wer für was zuständig ist und wer was zu verantworten hat. Eine gesonderte Absprache könnte im Kern ohnehin nur die Beachtung der jeweiligen Standards zum Gegenstand haben.

Demnach ist es rechtlich nicht vorwerfbar, wenn es in Bezug auf den in der Praxis besonders kritischen Bereich der postoperativen Überwachung keine explizite Zuständigkeitsabsprache zwischen Oralchirurg und Anästhesist gibt [3]. Zwar bedarf es für den Grenzbereich bis zum Erwachen aus der Narkose oder darüber hinaus bis zur vollen Aufhebung der Anästhesiewirkungen einer konkreten Verteilung der Zuständigkeiten, um Überschneidungen und Lücken in der zahnärztlichen Betreuung zu verhindern. Maßgebend ist dabei nach zutreffender Auffassung des BGH [3] aber die regelmäßige Aufgabenverteilung, von der nur aufgrund von Besonderheiten des Einzel-

falles nach individueller Absprache zwischen den beteiligten Behandlern abgewichen werden darf, sofern für solche Absprachen Zeit bleibt, es nur um Grenzbereiche geht und der jeweilige Fach(zahn-)arztstandard gewahrt bleibt. Fehlt es an besonderen Absprachen, gelten für Aufgaben- und Verantwortungsverteilung die von den beteiligten Berufsverbänden getroffenen Vereinbarungen. Demnach sind dem Verantwortungsbereich des Anästhesisten zuzuordnen die Vorbereitung der Narkose, die Wahl des Narkoseverfahrens, die Pflicht zur Kontrolle der Verweilkanüle in der operativen und postoperativen Phase bis zur Wiederherstellung der Reflexe und die postnarkotische Überwachung insgesamt bis zur Wiederherstellung der Vitalfunktionen. Nachuntersuchungen und Komplikationen fallen in seinen Kompetenzbereich, sofern sie unmittelbar mit dem Narkoseverfahren in Zusammenhang stehen. Der Oralchirurg ist demgegenüber nur für Komplikationen (wie Nachblutungen) zuständig, die sich aus der Operation selbst ergeben, weil er bei Überschneidungen der fachlichen Zuständigkeit die Primärkompetenz innehat. Das bedeutet, dass auch der Operateur die Anamnese, die persönliche Vorgeschichte des Patienten und den gesamten Behandlungskontext einschließlich der Medikation sowie möglicher Neben- und Wechselwirkungen kennen muss.

Absprachen bzw. gesonderte Vereinbarungen sind vor dem Hintergrund der vorstehenden Überlegungen aus juristischer Sicht also nur dann erforderlich, wenn eine Abweichung von den geltenden Standards zur interdisziplinären Zusammenarbeit gewollt und eine Überschreitung der Fachgrenzen angedacht ist.

Wenngleich eine schriftliche Vereinbarung zwischen Oralchirurg und Anästhesist also grundsätzlich nicht erforderlich ist, kann eine solche aus Gründen juristischer Vorsorge gleichwohl verfasst werden, da sie für den Fall eines späteren Strafverfahrens mit Blick auf die Wahrnehmung von Organisationspflichten zur Beweissicherheit beitragen kann (Abb. 2).

3.3 Ausstattung der oralchirurgischen Praxis

Wesentlich für eine strafrechtliche Compliance von Oralchirurg und Anästhesist ist die fachgerechte Ausstattung der oral-

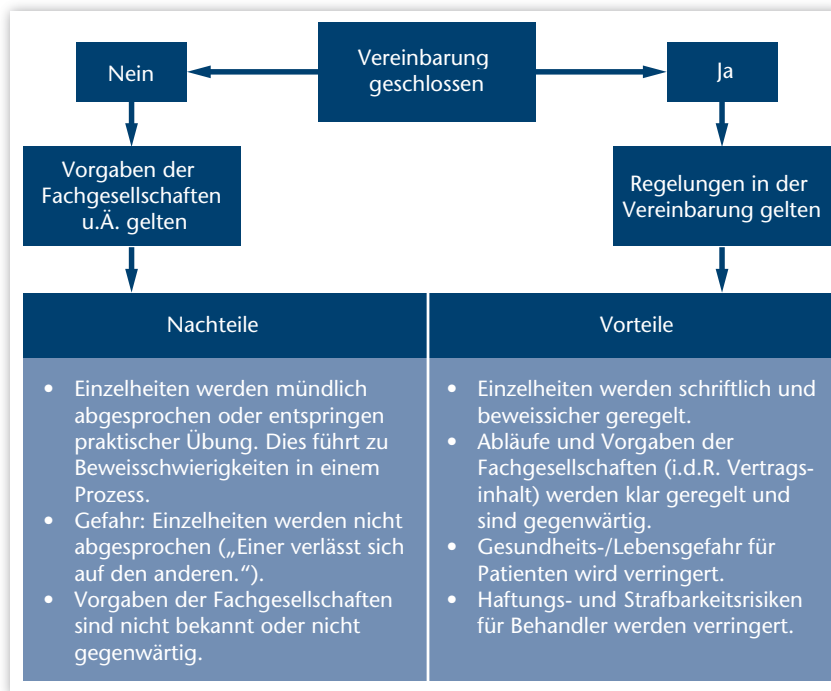


Abbildung 2 Vereinbarungen über die Zusammenarbeit

Figure 2 Agreements on cooperation

(Tab. 1, Abb. 1 u. 2: J. Jackowski)

chirurgischen Praxis, in welcher die operativen Eingriffe durchgeführt werden.

3.3.1 Anästhesiologische Gerätschaften und Instrumente

Mit Blick auf die anästhesiologische Ausstattung der oralchirurgischen Praxis ist angesichts des vorbeschriebenen, standardbedingten Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiches der Anästhesist für das Vorhandensein aller für eine Anästhesie erforderlichen Geräte und Instrumente sowie Medikamente und Werkzeuge verantwortlich. Die Vorsorge für die Beherrschung eventueller „Notfälle“ fällt ebenfalls in die Zuständigkeit des Anästhesisten, die dieser in der Vorbesprechung mit dem Patienten auch zu erörtern hat. So muss beispielsweise ein Defibrillator für den Anästhesisten zur Grundausrüstung gehören.“ [13].

3.3.2 Anästhesiologisches Assistenzpersonal

Im Weiteren ergibt sich für den Oralchirurgen aufgrund der standardbedingten Verantwortungsabgrenzung auch nicht die Verpflichtung, aufgrund der in seiner Praxis durchgeführten oralchirurgischen Eingriffe in Vollnarkose zusätzliches anästhesiologisch und/oder intensivmedizinisch geschultes Assistenzper-

sonal einzustellen. Sollte der Anästhesist den Einsatz eines Anästhesiepflegers z.B. für die Assistenz während der Narkoseführung oder zur postnarkotischen Überwachung für erforderlich halten, so muss er ihn selbst bereitstellen. Die zahnärztliche bzw. chirurgische Assistenz hat selbst keine anderen Anforderungen zu erfüllen als bei normalen Behandlungen.

3.3.3 Aufwachraum

Grundsätzlich wird verlangt, dass eine oralchirurgische Praxis, die ambulante Operationen in Vollnarkose durchführt, über einen Aufwachraum verfügen muss, an welchen die Empfehlung der DGAI und des BDA zur Überwachung nach Anästhesieverfahren bestimmte Anforderungen stellt [20]. So soll der Aufwachraum in räumlicher Nähe zum OP-Raum liegen und eine Mindestgröße von 12 qm je Stellplatz zzgl. Platzbedarf für Notfallmaßnahmen, reine und unreine Arbeiten, Lagerfläche etc. haben. Die apparative Ausstattung muss jederzeit eine kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen sowie eine unverzügliche akute Wiederherstellung und kurzfristige Aufrechterhaltung gestörter Vitalfunktionen ermöglichen. Dazu müssen stellplatzseitige Monitore, Beat-

mungsgeräte, Defibrillator u.a. verfügbar sein. Der Umfang der apparativen Ausstattung richtet sich nach der Art der durchgeführten Eingriffe und damit nach dem Ausmaß des erforderlichen Monitorings. Sauerstoffversorgung, Druckluftversorgung und Vakuumversorgung sind erforderlich.

Sobald der Anästhesist die postnarkotische Überwachung als abgeschlossen betrachtet, also das Auftreten narkosebedingter Zwischenfälle ausschließt, kann der Patient zur weiteren Erholung und insbesondere zur späteren oralchirurgischen postoperativen Kontrolle in ein zahnärztliches Behandlungszimmer verlegt werden. Das bedeutet, dass der Patient erst nach der postnarkotischen Überwachung, nicht aber zur postnarkotischen Überwachung, in einen einfachen Ruheraum verbracht werden darf.

3.4 Ablauf ambulanter oralchirurgischer Eingriffe in Vollnarkose

Im Falle einer Entscheidung zugunsten eines ambulanten oralchirurgischen Eingriffes in Vollnarkose muss sich der Behandlungsablauf wie folgt darstellen:

3.4.1 Eignung der oralchirurgischen Praxis für ambulante Vollnarkosen

Der Anästhesist muss die oralchirurgische Praxis vor Durchführung der ersten Vollnarkose besichtigen und entscheiden, ob in dieser die räumlichen und technischen Möglichkeiten zur Durchführung einer Vollnarkose mit anschließender postnarkotischer Überwachung gegeben sind. Dies ist eine konkrete Ausprägung der sowohl dem Oralchirurgen und insbesondere dem Anästhesisten obliegenden Pflicht zur ordnungsgemäßen Organisation des Behandlungsablaufes bei der Durchführung ambulanter Operationen in Vollnarkose bzw. in Analgosedierung.

3.4.2 Zwei Aufklärungsgespräche

Im konkreten Einzelfall erkennt der Oralchirurg dann nach der Untersuchung des Patienten und Stellung der Diagnose die Indikation für einen oralchirurgischen Eingriff und bespricht dies mit dem Patienten. Dabei klärt er ihn insbesondere über den Nutzen des oralchirurgischen Eingriffes, dessen Risiken, evtl. bestehende alternative Behandlungsmethoden sowie anschlie-

ßende Maßnahmen der Therapiesicherung auf. Er weist den Patienten außerdem darauf hin, dass er bei einem Anästhesisten – in der Regel dem Kooperationspartner des Oralchirurgen, wobei der Patient selbstverständlich das Recht der freien Arztwahl hat – vorstellig werden sollte. Dieser Vorgang ist insgesamt zu dokumentieren.

Der Anästhesist muss dann zur Feststellung der Anästhesiefähigkeit bzw. der Sedierungsfähigkeit die Voruntersuchung des Patienten grundsätzlich nach Maßgabe der – allerdings veralteten – Leitlinie zur anästhesiologischen Voruntersuchung [2] bzw. der Gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) „Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht kardiochirurgischen Eingriffen“ [14] durchführen und entscheiden, ob ein ambulanter Eingriff in Vollnarkose oder in Analgosedierung aus anästhesiologischer Sicht durchgeführt werden

kann. Er muss den Patienten seinerseits über den Nutzen und die Risiken einer Vollnarkose, ggf. die Möglichkeit einer Lokalanästhesie bzw. der Analgosedierung, ggf. anschließende Verkehrsuntauglichkeit, das Erfordernis des Mitbringens einer Begleitperson usw. aufklären und dies ebenfalls dokumentieren. Diese anästhesiologische Alternativaufklärung impliziert, dass der kooperierende Anästhesist niemals „auf Bestellung“ handelt, sondern immer Dringlichkeit und Narkoserisiko in seine therapeutischen Überlegungen mit einbezieht. Er trifft und verantwortet eine eigenständige, fachärztlich-anästhesiologische Entscheidung. Es müssen also 2 Aufklärungsgespräche stattfinden, ein oralchirurgisches und ein anästhesiologisches. Dementsprechend sind auch 2 Einwilligungen des Patienten einzuholen und zu dokumentieren.

4. Zwischenfazit Teil I: Vorbereitende Maßnahmen

Wenngleich es bei der Beteiligung von Ärzten bzw. Zahnärzten verschiedener

Fachrichtungen nach den Grundsätzen der horizontalen Arbeitsteilung so lange keiner schriftlichen Vereinbarung über die jeweiligen Verantwortungsbereiche bedarf, wie alle beteiligten Behandler die Leitlinien und Empfehlungen ihrer jeweiligen Fachgesellschaften und die sich daraus ergebenden Verantwortungsbereiche einhalten, so ist für die Zukunft aus Gründen juristischer Vorsorge dennoch anzuraten, eine solche schriftlich zu fixieren.

Unabdingbar ist freilich eine schriftliche Vereinbarung über die ärztliche bzw. zahnärztliche Zusammenarbeit, wenn von den jeweils einschlägigen Leitlinien und Empfehlungen abgewichen werden soll und ein Arzt bzw. Zahnarzt ausnahmsweise einen Verantwortungsbereich aus dem anderen Fachgebiet teilweise oder ganz mitübernehmen will oder soll.

Des Weiteren ist bei ambulanten Eingriffen in Vollnarkose die Sicherstellung eines adäquaten Notfallmanagements unbedingt erforderlich.

Literatur

1. AG Limburg, Urteil vom 25.03.2011, Az. 52 Ls – 3 Js 7075/07 (nicht rechtskräftig)
2. ASOS anesthesia morbidity and mortality survey. *J Oral Surg* 1974; 32: 733–738
3. Bock D: *Criminal Compliance* Baden-Baden: Nomos-Verlag, 2011; 21ff.
4. Bundesgerichtshof. *Neue Juristische Wochenschrift* 1980; 650f
5. Bundesgerichtshof. *Neue Juristische Wochenschrift* 1999; 546f
6. Coplans MP, Curson I: Deaths associated with dentistry. *Br Dent J* 1982; 153: 357–362
7. D'Eramo EM: Morbidity and mortality with outpatient anesthesia: the Massachusetts experience. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 700–704
8. Driscoll EJ: Anesthesia morbidity and mortality in oral surgery. In: Trieger N (Hrsg): *Anesthesia for the ambulatory patient*. American Society of Oral Surgery 48th annual meeting premeeting conference, 1966, 48–54
9. Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. *Anästhesiologie* 2009; 50: 486
10. Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin: *Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nichtkardiochirurgischen Eingriffen*. *Kardiologie* 2001; 5: 13–26
11. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Ambulante Operationen nach § 115b SGB V im Krankenhaus bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungsfälle (Anzahl)*. http://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetolxs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=50616691&nummer=295&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=4958498 (letzter Zugriff am 17.10.2016)
12. Heckenbücker F, Fehn K: Oralchirurg, Anästhesist – Staatsanwalt!? (Teil 1). *Oralchirurgie Journal* 2013; 3: 40–41
13. Heckenbücker F, Fehn K: Oralchirurg, Anästhesist – Staatsanwalt?! (Teil 2). *Oralchirurgie Journal* 2013; 4: 40–41
14. Leitlinie zur anästhesiologischen Voruntersuchung. *Anästhesiologie* 1998; 39: 204–205.
15. Lytle JJ: Anesthesia morbidity and mortality survey of the Southern California Society of Oral Surgeons. *J Oral Surg* 1974; 32: 739–744
16. Lytle JJ, Stamper EP: The 1988 anesthesia survey of the Southern California Society of Oral and Maxillofacial Surgeons. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 47: 834–842
17. Lytle JJ, Yoon C: 1978 anesthesia morbidity and mortality survey: Southern California Society of Oral and Maxillofacial Surgeons. *J Oral Surg* 1980; 38: 814–819
18. Maihofer W: *Archiv für klinisch-experimentelle Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde* 187: 534
19. Nkansah PJ, Haas DA, Saso MA: Mortality incidence in outpatient anesthesia for dentistry in Ontario. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83: 646–651
20. Oberlandesgericht Naumburg. *MedR* 2005; 232, 233
21. Pearse RM, Moreno RP, Bauer P et al.: Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet* 2012; 380: 1059–1065
22. Seldin HM, Recant BS: The safety of anesthesia in the dental office. *J Oral Surg (Chic)* 1955; 13: 199–208
23. Sellmann HH: *Narkosebehandlung in der Zahnarztpraxis*. Spitta-Verlag, Balingen 2004; 67
24. Tomlin PJ: Death in outpatient dental anaesthetic practice. *Anaesthesia* 1974; 29: 551–570

Strafrechtliche Compliance bei der Durchführung ambulanter Operationen in Vollnarkose

4. Vorüberlegungen

4.1. Grundsätze der OP-Planung/Zeitfenster

Für die Durchführung der ambulanten Operationen in Vollnarkose empfiehlt sich die Aufstellung eines OP-Planes (Abb. 3). Die Zeitfenster für die einzelnen Eingriffe sollten zwischen dem Oralchirurgen und dem Anästhesisten abgestimmt werden. Entsprechende zeitliche Vorgaben kann nur der Anästhesist machen. Aus der Rechtspraxis heraus ist darauf hinzuweisen, dass die Zeitfenster nicht zu eng sein sollten. Im Falle einer eventuellen späteren strafrechtlichen Aufarbeitung eines Zwischenfalles kann dies bei den Strafverfolgungsbehörden und den Strafgerich-

ten den Eindruck erwecken, dass zur Umsatzsteigerung ein hoher Patientendurchsatz auf Kosten der Patientensicherheit erfolgt. In jedem Fall ist zu bedenken, dass die nächste Narkose nicht eingeleitet werden sollte, bevor die postnarkotische Überwachung des vorangegangenen Patienten abgeschlossen ist. Kommt es bei letzterem in der Überwachungsphase zu einem Zwischenfall und ist die nächste Narkose schon eingeleitet, müsste der Anästhesist den jetzt narkotisierten Patienten verlassen, um dem anderen Patienten ärztliche, möglicherweise gar notfallmedizinische Hilfe zu leisten.

4.2. Vorbereitung und Eingriff

Am Behandlungstag selbst kann der Patient in einem Behandlungszimmer oder

im OP-Raum vorbereitet, d.h. insbesondere nochmals vom Anästhesisten untersucht werden, der Zugang gelegt und ggf. bereits ein Beruhigungsmittel verabreicht werden. Es fällt hier in die Zuständigkeit des Anästhesisten und nicht in die des Oralchirurgen, sich durch Nachfrage davon zu überzeugen, ob der Patient nüchtern ist und dies zu dokumentieren. Unterlässt der Anästhesist dies und stirbt der Patient später an den Folgen einer Aspirationspneumonie, kann er sich der fahrlässigen Tötung gemäß § 222 StGB schuldig gemacht haben.

Sobald die Vorbereitung standardgerecht abgeschlossen ist, wird durch den Anästhesisten die Narkose eingeleitet. Nachdem der Patient narkotisiert ist, wird der oralchirurgische Eingriff durchgeführt. Der Oralchirurg teilt dem Anästhesisten in der Regel die Beendigung des Eingriffes kurz zuvor mit, sodass der Anästhesist die Narkoseausleitung vorbereiten und einleiten kann. Nunmehr beginnt unter der Verantwortung des Anästhesisten die postnarkotische Überwachungsphase entweder im OP-Raum selbst oder in einem apparativ und personell adäquat ausgestatteten Aufwachraum, nicht jedoch in einem einfachen Ruheraum.

4.3. Postnarkotische Überwachung, Überwachungsdauer und Verlegungskriterien

Bis zur Beendigung der postnarkotischen Überwachung ist der Anästhesist für den Patienten zuständig und verantwortlich. Er muss sich bis zu dem Zeitpunkt um den Patienten kümmern, in dem die Vitalfunktionen wiederhergestellt sind. Für alle Risiken, die sich aus dem Narkoseverfahren ergeben, trägt er die Verantwortung [5]. Vom Anästhesisten zu beachten sind die Empfehlungen zur Überwachung nach Anästhesieverfahren des BDA [1], welche zugleich die aktuellen Leitlinien zur postoperativen Überwachung darstellen.

Wie lange ein Patient konkret der anästhesiologischen Überwachung bedarf, bevor er in einen Ruheraum oder einen Behandlungsraum verlegt werden kann, hängt vom Einzelfall und vom Zustand des Patienten ab. Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass für die Dauer

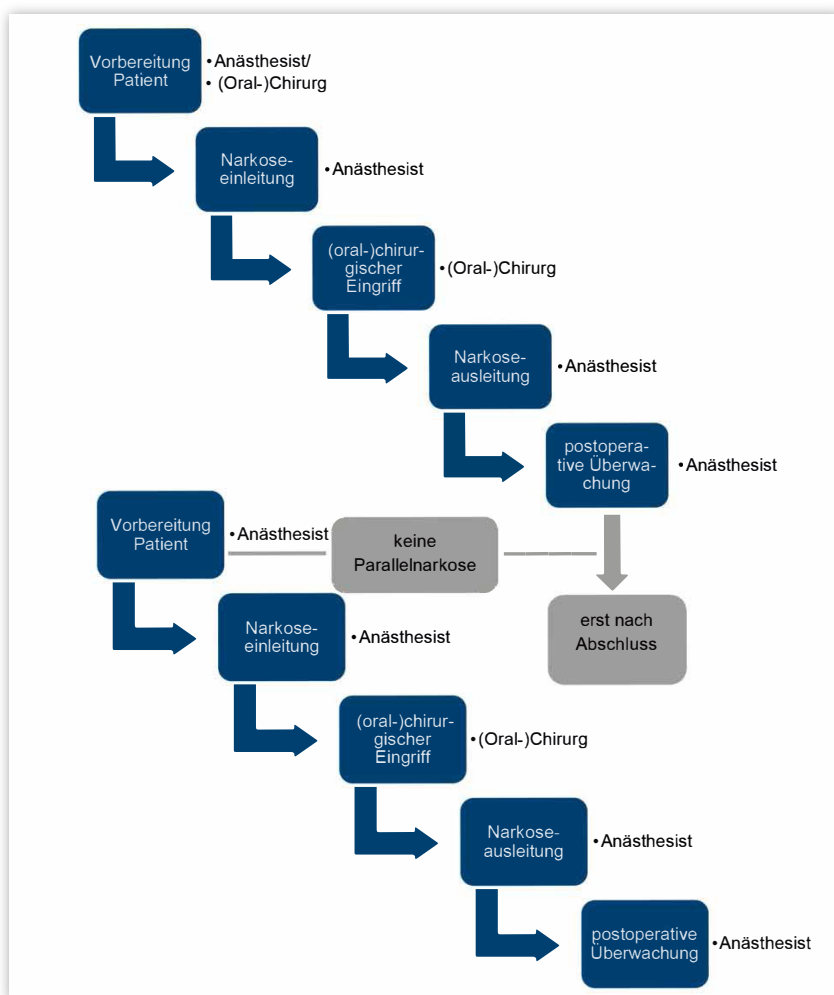


Abbildung 3 OP-Planung (Zeitfenster)

Figure 3 OP-planning (time frame)

des postoperativen Verbleibes in einem Aufwachraum keine festen Zeiträume vorgeschrieben sind. Vielmehr ist der Verlegungszeitpunkt am Vorliegen der vorgenannten Kriterien festzumachen, für deren Beurteilung in der Anästhesie verschiedene Scoring-Verfahren verwendet werden [3]. Nach dem sog. erweiterten Aldrete-Verfahren ist eine Verlegungsfähigkeit aus dem Aufwachraum und mithin eine Beendigung der postnarkotischen Überwachungsphase erst bei Erreichen von mindestens 12 von 14 Punkten gegeben, wobei keine Einzelbeurteilung bei null liegen darf [7]. Ein weiteres gängiges Scoring-System ist das Post-Anästhesiologische Score-System zur Patientenentlassung (PADDS), das allerdings aufgrund seiner Fokussierung auf chirurgische Abläufe limitiert ist (z.B. ist eines der 5 Kriterien „chirurgische Blutung“). Gleichwohl wird es jedenfalls für den Bereich gastrointestinaler Endoskopien als geeignet angesehen [6]. Die Scoring-Ergebnisse bei der Verlegung bzw. später bei der Entlassung des Patienten sind als vital relevante Parameter – unabhängig vom verwendeten Scoring-System – zu dokumentieren. Zu beachten ist dabei jedoch, dass nach dem Update zur S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ (2014) Scoring-Systeme nicht alleine zur Feststellung der Entlassungsfähigkeit eines Patienten verwendet werden sollten, da sie dessen psychomotorische Fähigkeiten nicht verlässlich beurteilen können. Die psychomotorischen Fähigkeiten können etwa durch die Beantwortung bestimmter Fragen, die Fähigkeit, auf einem Bein zu stehen und die Fähigkeit, auf gerader Linie 5 Meter zu laufen, festgestellt werden [6]. Die Aufwachphase kann bereits nach wenigen Minuten oder erst nach einigen Stunden beendet sein. Bei Kindern etwa, die für einen operativen Eingriff mit einer Allgemeinanästhesie narkotisiert wurden, kann nach einer Studie mit 128 Kindern die Dauer der Nachschlafphase zwischen 0 und 100 Minuten variieren und lag durchschnittlich bei 28 Minuten, in denen die Kinder überwachungspflichtig waren [2].

4.4 Verlegung in einen Ruheraum, Verantwortung einer Begleitperson

Wenn der Anästhesist dann zu der Überzeugung gelangt ist, dass keine postnarkotischen Risiken mehr auftreten kön-

nen, ist die postnarkotische Überwachung abgeschlossen und der Patient kann zur weiteren Erholung und Herstellung der Entlassfähigkeit („street ready“, „home ready“) in einen Ruheraum bzw. zwecks oralchirurgischer Nachuntersuchungen in ein Behandlungszimmer verlegt werden [4]. In dem Ruheraum kann der Patient von einer Begleitperson in Empfang genommen werden, deren Aufgabe jedoch keinesfalls eine fortgesetzte postnarkotische Überwachung sein darf. Sie soll vielmehr nur der Beruhigung und späteren Begleitung des Patienten nach Hause dienen, soweit dieser zwar „home ready“, nicht aber „street ready“ sein sollte. Man wird aus der Anwesenheit der Begleitperson rechtlich nicht einmal eine Entlastung des Praxisinhabers in Bezug auf die Wahrnehmung seiner Überwachungspflichten aus dem Behandlungsvertrag etwa zum Schutz des Patienten vor einem Sturz [4] und/oder seiner allgemeinen Verkehrssicherungspflichten herleiten können. Die Begleitperson steht rechtlich nicht in der Sphäre des Praxisinhabers und kann deshalb weder ausdrücklich noch stillschweigend – anders als dessen Personal (§§ 278, 831 BGB) – zur Erfüllung behandelungsvertraglicher oder deliktischer Pflichten herangezogen werden. Ob eine solche Pflichtenübertragung auf eine Begleitperson durch eine (formularmäßige) schriftliche Vereinbarung erfolgen kann, erscheint ebenfalls fraglich, da Anknüpfungspunkt für den zu erfüllenden Pflichtenkreis der geschuldete Facharztstandard bzw. Facharztstandard ist. Diesen aber kann eine Begleitperson in der Regel nicht erfüllen.

Zur Wahrnehmung seiner Überwachungspflicht – bezogen auf die Vermeidung von Schäden durch postoperative oralchirurgische Komplikationen oder durch allgemeine Risiken wie Sturz o.Ä. – muss der Praxisinhaber also einen geeigneten organisatorischen Ablauf schaffen. Dies kann z.B. durch einen dauerhaften Sichtkontakt seines Assistenzpersonals zum Patienten, einen Alarmknopf oder zumindest durch eine engmaschige, regelmäßige Kontrolle durch das Assistenzpersonal geschehen.

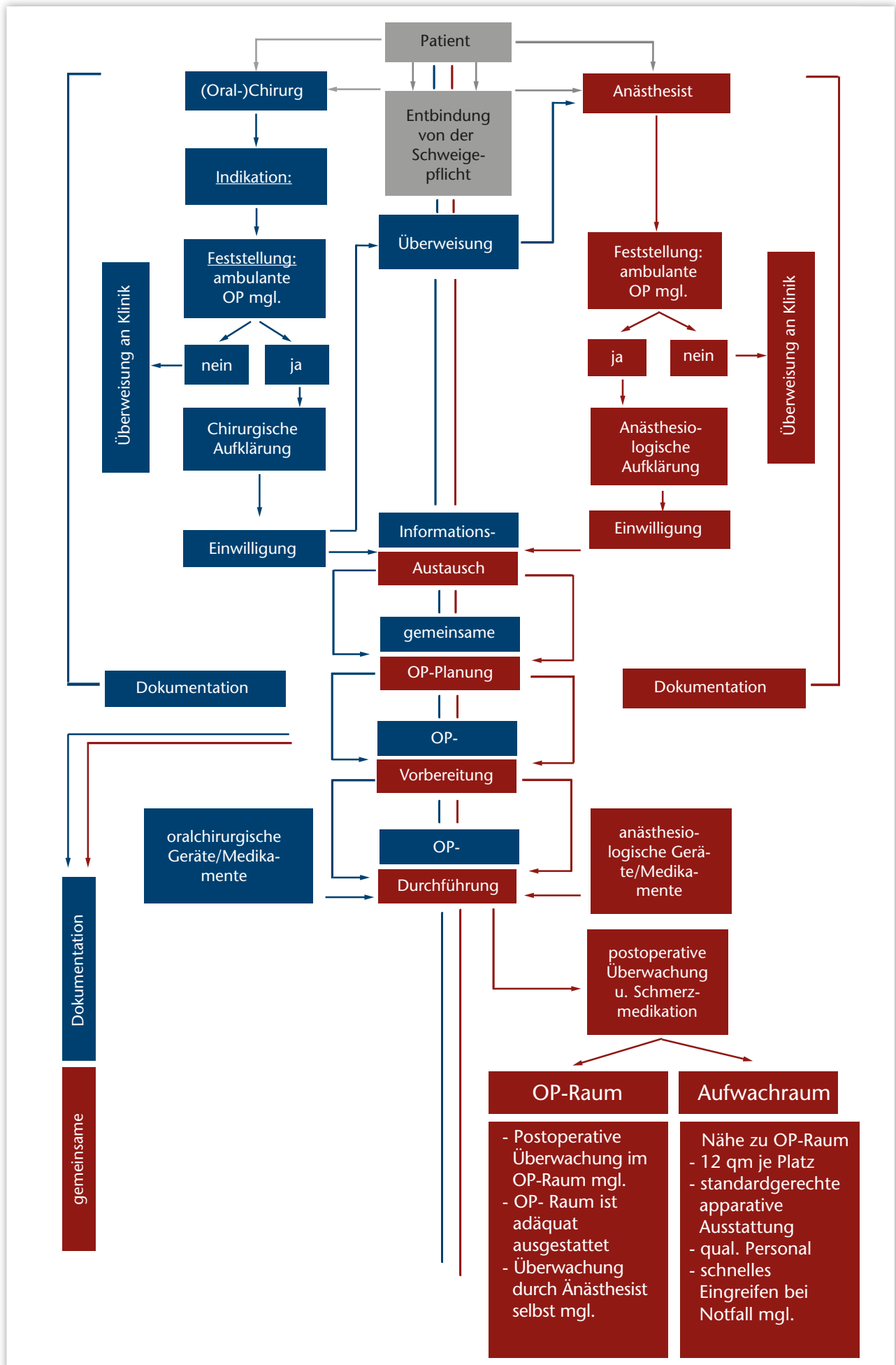
4.5 Zwei Abschlussuntersuchungen und Entlassung

Vor der Entlassung des Patienten nach Hause haben schließlich 2 Abschluss-

untersuchungen stattzufinden, eine oralchirurgische und eine anästhesiologische (Abb. 4). Dies ist konsequente Folge der 2 bestehenden Behandlungsverträge, jedenfalls aber der 2 beteiligten Fach(zahn-)ärztkreise und der daraus zu erbringenden Standards. Schließlich haben Oralchirurg und Anästhesist im Rahmen der Abschlussuntersuchung – jeder für sich – zu beurteilen, ob der Patient „home ready“ und/oder „street ready“ ist. Ferner sind dem Patienten im Rahmen dieser Abschlussuntersuchungen nochmals Verhaltenshinweise zur Sicherung des Therapieerfolges (Sicherungsaufklärung) zu geben (z.B. um das Risiko von Wundheilungsstörungen zu reduzieren). Außerdem ist er über die Schmerzmedikation, sonstige Medikation und mögliche Nebenwirkungen (z.B. Übelkeit, Müdigkeit, Schwindel) sowie das Verhalten in diesem Falle nochmals aufzuklären.

5. Juristisches Vorsorgesystem

Da ein Notfall schnelles und effektives Handeln erfordert, muss das Notfallmanagement klar, einfach und effizient sein (Abb. 5). Es muss deutlich erkennbar und unzweifelhaft geregelt sein, in wessen Zuständigkeitsbereich die Beherrschung des Risikos und die zu treffenden Maßnahmen fallen. Dies wiederum muss sich an der Art des Risikos orientieren. Im Falle etwa einer Verletzung der Arteria lingualis handelt es sich z.B. um ein oralchirurgisches Risiko. Kommt es hingegen zu einem allergischen Schock und/oder einem Herzstillstand, fällt dies in die Zuständigkeit des Anästhesisten. Um eventuelle Irritationen oder gar Diskussionen über die Zuständigkeit und den damit einhergehenden Zeitverlust in der Notfallsituation zu vermeiden, sollten sich beide Behandler im Vorfeld grundsätzliche Gedanken machen, welche Komplikationen im Rahmen der in Rede stehenden Eingriffe überhaupt auftreten können und wer für deren Beherrschung aus fachlicher Sicht jeweils zuständig ist. Darüber hinaus sollte im Rahmen des Notfallmanagements geregelt sein, wer dem Oralchirurgen und wer dem Anästhesisten im Notfall als Assistenz zur Verfügung steht. In apparativer Hinsicht sollten zur anästhesiologischen Kom-



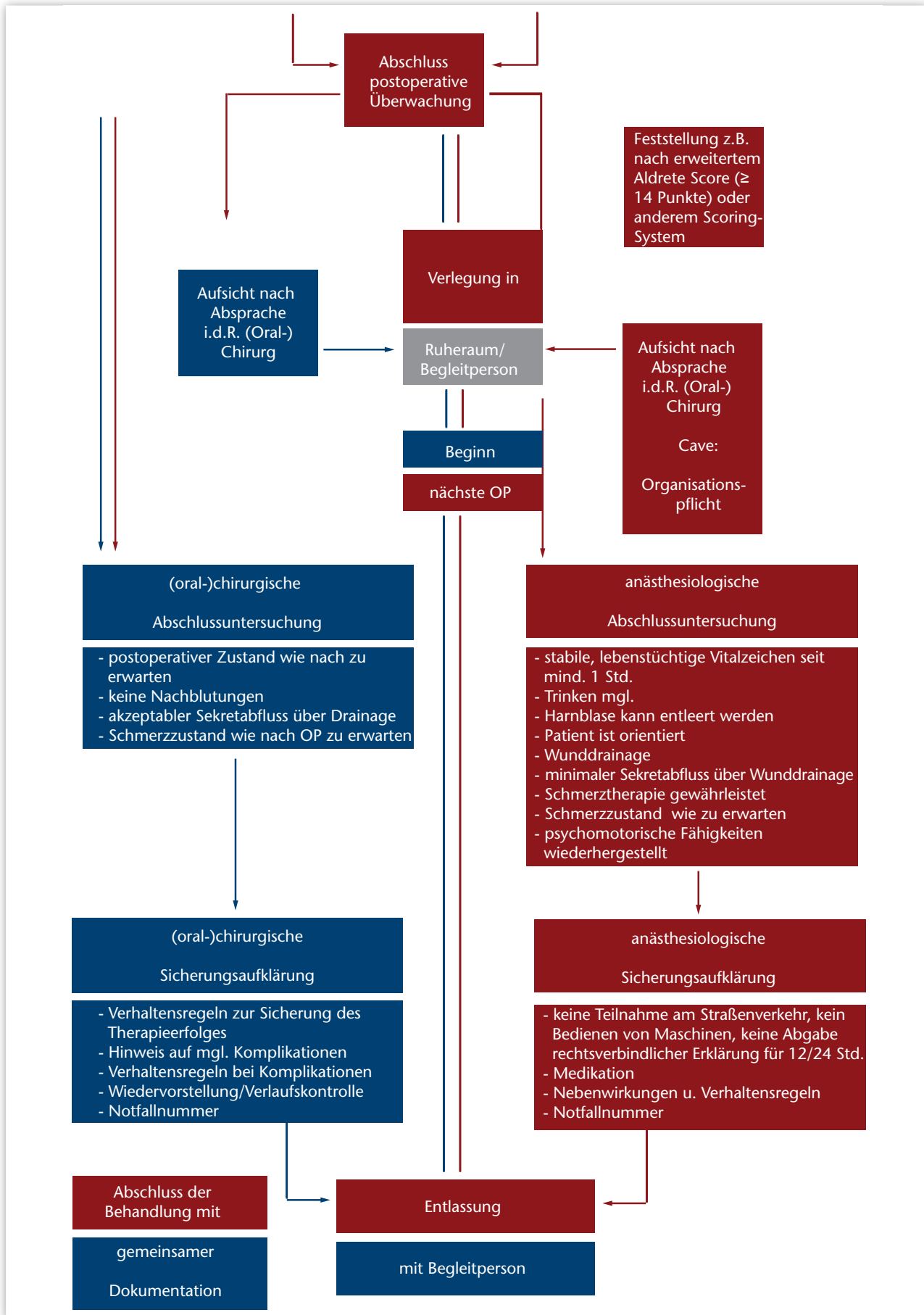


Abbildung 4 Zusammenarbeit von Oralchirurg und Anästhesist
Figure 4 Collaboration of oral surgeon and anesthesiologist

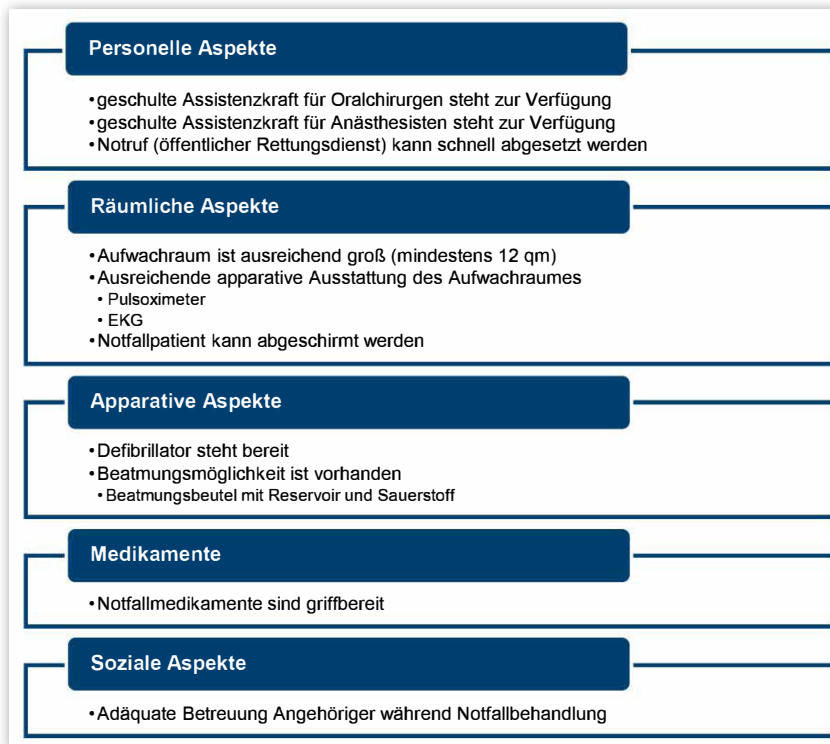


Abbildung 5 Checkliste für den Notfall
Figure 5 Checklist in case of an emergency

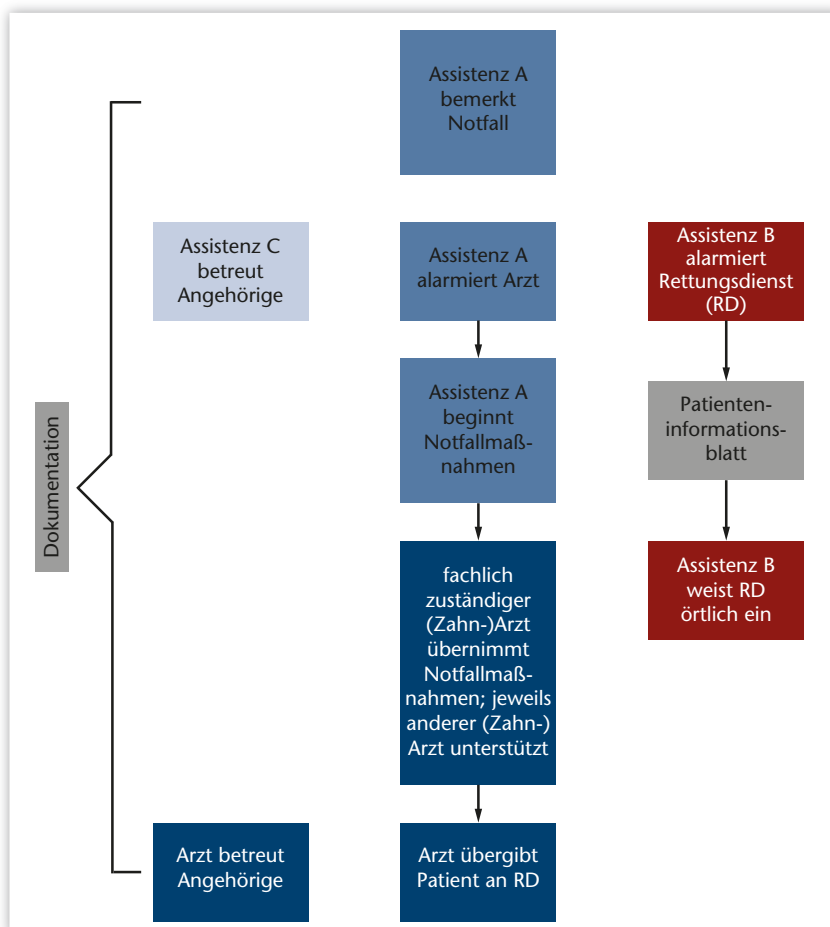


Abbildung 6 Prozessablauf „Notfall im Aufwachraum“ unter strafrechtlichen Gesichtspunkten
Figure 6 Process flow „emergency in the recovery room“ under criminal law aspects

pplikationsbeherrschung jedenfalls ein Defibrillator, eine Beatmungsmöglichkeit (Beatmungsbeutel mit Reservoir und Sauerstoff) und die entsprechenden Notfallmedikamente zur Verfügung stehen. Weiterhin sollte ausreichend Platz für die Behandlung vorhanden sein. Ferner ist von vornherein zu regeln, wer (welche Assistenzkraft) den Rettungsdienst (Notarzt und RTW) alarmiert und was dieser vorgibt, welche medizinischen Informationen bei Absetzen des Notrufes an die Rettungsleitstelle weitergegeben werden und welche Assistenzkraft den Rettungsdienst einweist. Nicht vergessen werden sollte im Rahmen des Notfallmanagements eine adäquate Betreuung von anwesenden Angehörigen.

Aus rechtspraktischer Sicht ist es nach Notfällen bei oder nach ambulanten Eingriffen zu empfehlen, die Dokumentation besonders ausführlich zu fertigen. Es ist zu bedenken, dass der (zahn-)medizinische Notfall bei ambulanten Eingriffen in Vollnarkose die Ausnahme und in der öffentlichen Wahrnehmung eher ein ungewöhnlicheres Ereignis darstellen dürfte, als der gleiche Notfall in einem Krankenhaus im Rahmen einer stationären Behandlung. In Kombination mit der teilweise aggressiv und unter falschen Grundannahmen vorgetragenen Kritik am ambulanten Operieren in Vollnarkose [8] liegt es nahe, dass Patienten als Ursache einen Fehler des Operateurs und/oder des Anästhesisten vermuten, selbst wenn sich etwa „nur“ ein typisches, mit dem Eingriff verbundenes Risiko realisiert hat.

Das Notfallmanagement sollte von vornherein geplant und schriftlich fixiert werden, um die ordnungsgemäße Wahrnehmung der Organisationspflichten zu dokumentieren und um damit im Interesse des Patienten geeignete Abläufe zur schnellstmöglichen Notfallrettung zu gewährleisten (Abb. 6). Ein effektives Notfallmanagementsystem muss dabei bereits bei der Besprechung des Eingriffes mit dem Patienten ansetzen und sollte bei seiner Entlassung enden.

Insgesamt bietet es sich an, den Behandlungsablauf immer wieder durch die Erhebung von Kontrollbefunden, die Aufklärung des Patienten und die

Einholung seiner Einwilligung zu weiteren Maßnahmen abzusichern (Abb. 7).

6. Juristisches Notfallmanagement-, Notfallpräventions- und Fehlermeidungssystem

Die von den Autoren erstellte, stichwortartige Anweisung (jNNF-System) (Abb. 8) enthält Elemente der zahnärztlichen bzw. ärztlichen Dokumentation, ebenso wie im Vorfeld anzustellende, auf die Wahrnehmung der Organisationspflicht ausgerichtete Überlegungen. Es erscheint empfehlenswert, die Dokumentation bei ambulanten Operationen entsprechend anzupassen, wobei die grundsätzlichen Festlegungen und Überlegungen etwa zum Aufwachraum oder zum Ruheraum, zur Zuständigkeitsverteilung für das Absetzen des Notrufes oder die Einweisung der Rettungskräfte nicht in jedem Fall neu überlegt und dokumentiert werden müssen. Hier reicht eine einmalige, grundsätzlich für die Praxis geltende Organisationsanweisung des Praxisinhabers aus.

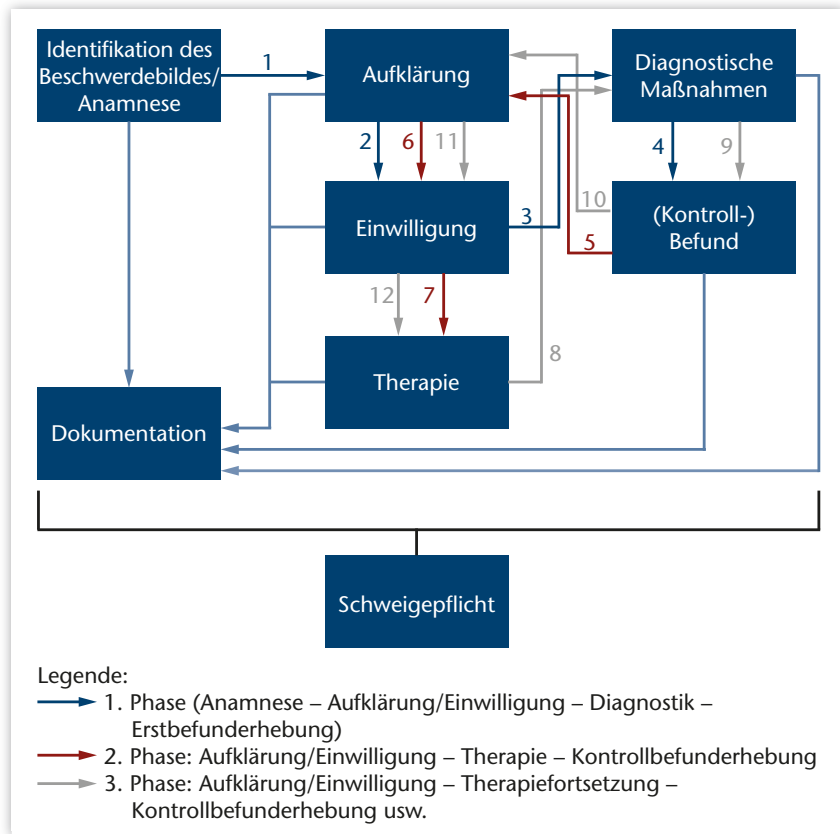


Abbildung 7 Prozessablauf „Behandlung“ unter strafrechtlichen Gesichtspunkten
Figure 7 Process flow „treatment“ under criminal law aspects

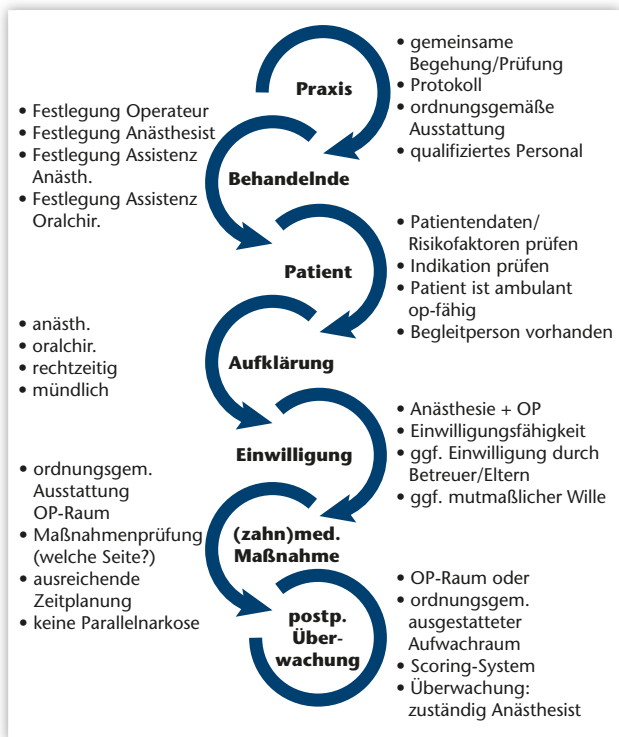


Abbildung 8 jNNF-System
Figure 8 „jNNF-system“

(Abb. 2–8: J. Jackowski)

² Die Abbildung 5 berücksichtigt den Regelfall und geht von der Einwilligungsfähigkeit des Patienten aus.

7. Zusammenfassung und Ergebnis

Die bestehenden strafrechtlichen Risiken bei der Zusammenarbeit von (Oral-)Chirurg und Anästhesist bei der Durchführung ambulanter Operationen in Vollnarkose werden verschärft, da durch 2 Behandler das Risiko gewissermaßen verdoppelt wird und nunmehr 2 Behandler die einheitliche Verantwortung für eine einheitliche Organisation eines fachgerechten Behandlungsablaufes tragen. Im Rahmen der Wahrnehmung dieser Organisationspflichten ist eine exakte Abgrenzung der dem Oralchirurgen und dem Anästhesisten jeweils obliegenden Zuständigkeitsbereiche vorzunehmen und in Grenzbereichen bzw. Schnittmengen sind detaillierte Absprachen zu treffen, denen die im Schadensfall strafrechtlich zu beurteilenden Verantwortungsbereiche folgen. Fehler in der Zuständigkeitsabgrenzung können zu für den Patienten gefährlichen Lücken in der Behandlung und Überwachung oder zu – möglicherweise nicht minder riskanten – Überschreitungen der jeweiligen Fachkompetenzen führen. Für die an der Behandlung beteiligten Zahnärzte ist es da-

her unerlässlich, sich die ihnen obliegenden Pflichten bewusst zu machen, sich die zahnmedizinische bzw. medizinische und die daran anknüpfende strafrechtliche Tragweite ihres Handelns vor Augen zu führen und durch eine enge Abstimmung den Behandlungsablauf zu organisieren und insbesondere die Inhalte und Grenzen des eigenen Faches zu beachten. Angesichts der Vielzahl und des Umfangs der hierbei zu beachtenden strafrechtlichen und sonstigen rechtlichen Aspekte erscheint es dabei sinnvoll, sich verschiedener Compliance-Instrumente zu bedienen. Diese müssen alle auf der Überlegung beruhen, dass das eigene Handeln der ständigen Überprüfung und Anpassung hieran bedarf. Fehler entstehen durch unüberlegtes oder allzu routiniertes Verhalten. Routine darf lediglich in Bezug auf die vorerwähnte Überprüfung und Anpassung des Verhaltens Einzug in das zahnärztliche Handeln halten.

Für die strafrechtskonforme Organisation der oralchirurgischen Praxis erscheint zunächst eine umfassende „Checkliste“ sinnvoll, welche die Beachtung der wesentlichen strafrechtlich relevanten Aspekte gewährleistet. Das Gleiche gilt für eine Begehung und Über-

prüfung der oralchirurgischen Praxis auf ihre Eignung für die Durchführung ambulanter Operationen in Vollnarkose sowie deren Protokollierung. Ferner ist die Etablierung eines (juristischen) Notfallmanagement-, Notfallpräventions- und Fehlervermeidungssystems anzuraten. Schließlich ist vorsorglich, wenngleich auch rechtlich grundsätzlich nicht zwingend erforderlich, der Abschluss einer Vereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen Oralchirurg und Anästhesist empfehlenswert. DZZ

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Korrespondenzadresse

OA Dr. med. dent. Korbinian Benz, MHBA
 Abteilung für Zahnärztliche Chirurgie
 und Poliklinische Ambulanz, Depart-
 ment für Zahn-, Mund- und Kieferheil-
 kunde, Fakultät für Gesundheit, Univer-
 sität Witten/Herdecke
 Alfred-Herrhausen-Str. 45
 58455 Witten
 Korbinian.Benz@uni-wh.de

Literatur

1. Beschluss des Präsidiums des BDA vom 13.03.2009 sowie Beschluss des Engeren Präsidiums der DGAI vom 25.03.2009; www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/567-empfehlung-zur-ueberwachung-nach-anaesthesieverfahren/file.html (letzter Zugriff am 17.10.2016)
2. Kinskofer A: Ambulante Kinderanästhesie: Prozesserfassung und Evaluation. Möglichkeiten und Optimierung. Dissertationsschrift: Technische Universität, München 2004, 34
3. Leitlinie zur anästhesiologischen Voruntersuchung. *Anästh Intensivmed* 1998; 39: 204–205
4. OLG Hamm, *MedR* 2002, 196
5. OLG Naumburg, *MedR* 2005, 232 ff.
6. Riphaut A, Wehrmann T, Weber B et al.: Update S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“. 2014; 5.2.3 (S. 115), AWMF-Register-Nr. 021/014
7. Rossaint R, Werner C, Zwissler B: *Die Anästhesiologie*. Springer, Heidelberg 2012, 833
8. Schulte-Sasse U: <http://medizinrecht-schulte-sasse.de/infrastrukturorganisation/patientenrisiko-verdraengungswettbewerb.html> (letzter Zugriff am 07.09.2016)