Anaesthesist 2007 · 56:313–321
DOI 10.1007/s00101-007-1173-1
Online publiziert: 3. April 2007
© Springer Medizin Verlag 2007

Redaktion
K. Peter, München

K. Ulsenheimer[1] · E. Biermann[2]
[1] Ulsenheimer-Friederich Rechtsanwälte, München
[2] Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

Zur Problematik der Parallelnarkose

Fachliche und rechtliche Grenzen der Delegation anästhesiologischer Leistungen auf nichtärztliches Personal

Anästhesie ist „Heilkunde"

I. In der Frage „absolute Kurierfreiheit" oder „absolutes Kurierverbot" nichtärztlicher Personen hat sich der deutsche Gesetzgeber im Heilpraktikergesetz (HPG) für ein generelles Verbot der Heilkundeausübung mit Erlaubnisvorbehalt entschieden. § 1 Abs. 1, 2 HPG verlangt von demjenigen eine (Heilpraktiker-)Erlaubnis, der, ohne Arzt zu sein, Heilkunde, d. h. Tätigkeiten „zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen" ausüben will. Wer ohne zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt zu sein und ohne Erlaubnis die Heilkunde ausübt, dem drohen nach § 5 HPG Freiheits- oder Geldstrafe. Dieses Verbot betrifft zunächst alle, die nicht approbierte Ärzte sind, doch besteht Einigkeit, dass die Definition zu weit ist, weil sie fast alle nichtärztlichen Heilberufe berührt. Der Begriff der erlaubnispflichtigen Heilkunde muss deshalb eingegrenzt werden.

„Heilkunde im Sinn des Heilpraktikergesetzes liegt immer – aber auch nur dann – vor, „wenn die Tätigkeit nach allgemeiner Auffassung medizinische Fachkenntnisse voraussetzt, und wenn die Behandlung – bei generalisierender und typisierender Betrachtung der in Rede stehenden Tätigkeit – gesundheitliche Schäden verursachen kann."[1]

Die Anästhesie erfüllt zweifellos diese Voraussetzungen, ist also die Ausübung von Heilkunde, die an das Vorliegen einer Erlaubnis gekoppelt ist.

Ist die Anästhesie nur Ärzten vorbehalten?

II. Damit stellt sich die zweite Frage, ob die Narkoseführung eine ausschließlich dem *Arzt* (Anästhesist) vorbehaltene, also nicht auf nichtärztliches Personal übertragbare Tätigkeit darstellt.

1. Da eine spezielle gesetzliche Festlegung der Grenzen erlaubter und nicht mehr zulässiger Übertragung ärztlicher Maßnahmen auf Pflegekräfte und andere nichtärztliche Medizinalpersonen fehlt, muss auf allgemeine Kriterien zurückgegriffen werden, um den „ureigenen", „genuinen" ärztlichen Aufgabenbereich zu bestimmen. Insoweit sind die *Bundesärzteordnung* (§ 1 Abs. 2 und § 1 Abs. 2 Satz 2 und 3 MBO) und das *Dienstvertragsrecht* (§ 613 Abs. 1 BGB) mit ihrer besonderen Betonung der Pflicht zur *persönlichen* Erbringung der Kernleistungen im Interesse des Vertrauens- und Gesundheitsschutzes des Patienten, vor allem aber das zivile Haftungs- und Strafrecht einschlägig.[2]

2. Die ungeheuren Fortschritte der Medizin in den letzten Jahrzehnten bei Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation beruhen auf der Perfektionierung der Technik, der immer ausgreifenderen Arbeitsteilung und – damit einhergehend – einer fortschreitenden Spezialisierung und Subspezialisierung in allen Bereichen.

Abb. 1 ▲ Muss der Anästhesist der Zukunft gut zu Fuß sein, um sein Pensum zu erledigen? Aber: Selbst Parallelnarkosen in benachbarten Räumen können für Patienten schon ein lebensbedrohliches Risiko bergen

[1] OVG NRW MedR 2006, 487.

[2] So auch Steffen, MedR 1996, 265.

Daraus resultieren „freilich nicht nur besondere Leistungen", sondern auch besondere Gefahren,[3] die in der *nichthinreichenden Qualifikation* der mitwirkenden Personen, fehlender *Koordinierung* und unzulänglicher *Kommunikation* untereinander sowie unzulässiger *Delegation* ihren sichtbaren Ausdruck finden. Insoweit gilt es deshalb, die Maßstäbe für die Qualität der ärztlichen Arbeit und die Grenzen ihrer Delegierbarkeit festzulegen.

a) Diese Aufgabe muss in erster Linie die Ärzteschaft selbst erfüllen, doch steht sie dabei natürlich unter *rechtlicher* Kontrolle. Danach muss der Arzt bei seiner Tätigkeit „die im Verkehr erforderliche Sorgfalt" (§ 276 BGB) walten lassen, die die Spruchpraxis der Zivil- und Strafgerichte bekanntlich als den „Standard eines erfahrenen Facharztes" definiert hat. Dessen Inhalt bestimmt zwar der Richter, vermag dies aber nur unter Zuhilfenahme medizinischer Sachverständiger zu tun, die aufgrund ihrer wissenschaftlichen Qualifikation und praktischen Erfahrungen in der Lage sind, das zu beschreiben, was nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesichert, von den Berufskollegen akzeptiert und von einem durchschnittlich befähigten Facharzt an Kenntnis und Können zu verlangen ist. „Die klinischen Erfahrungen und Entwicklungen gehen also dem Recht voraus",[4] der Standard ist das Ergebnis einer medizininternen Auseinandersetzung. Er wird „in seiner *formalen* Begrenzung nach juristischen Prinzipien bestimmt, bemisst sich aber *materiell* nach Erfahrungs- und Kunstregeln, die von den Ärzten selbst"[5] festgelegt und angewendet werden.

b) Der Standard ist somit nicht nur eine „Beschreibung tatsächlich geübten ärztlichen Verhaltens, sondern auch eine *normative* Kategorie in Gestalt von anerkanntem, in der Praxis für richtig und erforderlich angesehenem Verhalten".[6] Dabei sind die Sorgfaltsanforderungen, die an den Arzt im Einzelfall gestellt werden, von der Rechtsprechung bewusst hoch angesetzt worden.

„Der Arzt schuldet dem Patienten die Beachtung der gebotenen Sorgfalt, nicht nur der üblichen. Da der Patient darauf vertrauen darf, dass der Arzt alle, auch entfernte, Verletzungsmöglichkeiten in den Kreis seiner Erwägungen einbezieht und sein Verhalten bei der Behandlung danach einrichtet, ist der Arzt zur Beachtung der größtmöglichen Vorsicht verpflichtet. Die Gebräuchlichkeit eines Verfahrens reicht zur Vermeidung eines Behandlungsfehlers nicht aus, wenn nicht zugleich alles getan wird, was nach den Regeln und Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft zur Bewahrung des Patienten vor körperlichen Schäden getan werden muss. Mit dem Grad der Gefährlichkeit einer Behandlung steigt das Maß der erforderlichen Sorgfalt. Eine gewichtige Rolle für den Sorgfaltsmaßstab spielt auch das vom Patienten abzuwendende Risiko. Grundsätzlich gebietet es deshalb die ärztliche Sorgfaltspflicht, von vermeidbaren Maßnahmen abzusehen, wenn diese auch nur ein geringes Risiko in sich bergen, d. h. der Arzt muss bei gravierenden Risiken für den Patienten auch unwahrscheinliche Gefährdungsmomente ausschließen".[7]

Begründet wird der strenge Maßstab zum einen damit, dass bei der ärztlichen Berufsausübung höchste Güter des Menschen – Leben, körperliche Unversehrtheit, Selbstbestimmungsrecht und Intimsphäre – auf dem Spiel stehen, und zum anderen mit der Schutzbedürftigkeit des Patienten, der – wie gerade die Narkose zeigt – während dieser Zeit „sein Leben in die Hand des Anästhesisten legt. Wegen dieser großen Gefahrgeneigtheit der Tätigkeit des Anästhesisten muss von ihm – hiermit korrespondierend – auch ein Höchstmaß an ärztlicher Sorgfalt, das größtmögliche Bemühen um höchste Sicherheit als lex artis postuliert werden. An die Tätigkeit des Anästhesisten sind deswegen die höchsten Sicherheitsanforderungen zu stellen …"[8]

Ähnlich formuliert das OLG Celle:[9]

„… Jede Narkose ist 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. Die Stadien, der Verlauf und die Erscheinungen bei Narkosezwischenfällen setzen zu ihrer Beurteilung eine sorgfältige ärztliche Ausbildung voraus …"

Damit ist nicht gesagt, dass der Arzt jeden Handgriff selbst vornehmen, auch die Bereitstellung der Medikamente selbst besorgen oder hoch entwickelte technische Geräte eigenhändig überprüfen muss. Durch die zunehmende Spezialisierung, Subspezialisierung und wachsende Technisierung ist die „Verwendung nichtärztlicher Hilfspersonen aus der modernen Medizin und insbesondere aus dem heutigen Klinikwesen nicht wegzudenken und dem Arzt sein persönliches Tätigwerden im Einzelfall teils aus Gründen der wirtschaftlichen Arbeitsteilung nicht zumutbar, teils auch wegen der Grenzen seiner fachlichen Kenntnisse gar nicht möglich".[10] Aber der Hinzuziehung von Assistenzpersonal und der Verlagerung von ursprünglich ärztlichen Aufgaben auf nichtärztliche Gehilfen, aus welchen Gründen auch immer sie geschieht, sind Grenzen gesetzt.

Ob und ggf. inwieweit die Narkose, bestimmte Arten der Narkose bzw. einzelne Leistungen des anästhesiologischen Fachgebiets delegationsfähig, also auf nichtärztliches Personal übertragbar bzw. durch nichtärztliches Personal ersetzbar sind oder aber eine *spezifisch ärztliche*, nichtdelegierbare Tätigkeit darstellen, ist zum einen – und zwar zuvörderst – eine *originäre* Entscheidung *des Fachgebiets* Anästhesiologie, zum anderen – in Abhängigkeit davon – das Ergebnis einer rechtlichen Beurteilung im Rahmen der *Grenzkontrolle*.[11] Diese besteht darin, dass die Rechtsprechung die Mindesterfordernisse für die berufsspezifische Sorgfalt des Arztes bei der Ausübung seiner Tätigkeit, einen *Mindeststandard* im Interesse von Schutz und Sicherheit der Patienten festlegt, der Vorrang vor allen anderen Erwägungen hat und deshalb unabdingbar zu gewährleisten ist. Der „Arzt, der mit sei-

3 Stratenwerth, FS Eb. Schmidt, 1961, S. 383.
4 Laufs, Arztrecht, 3. Aufl., S. 28.
5 Maihofer, Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde, Bd. 187 (1966), S. 521.
6 Schreiber, Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 364 (1984), S. 296.
7 Pfälz. OLG Zweibrücken, MedR 1999, 80 (82).
8 AG Marburg, Urteil vom 18.03.1996, Az. 13a Ls 6 Js 9756/02.
9 Urteil vom 10.01.1951, Az. Sa 146/50, zitiert nach Perret, Arzthaftpflicht, 1956, S. 110 (111).
10 BGH NJW 1975, 2245, 2246.
11 Schreiber, Notwendigkeit und Grenzen rechtlicher Kontrolle der Medizin, 1983, S. 38.

nem Tun und Lassen im Recht bleiben will", hat – so Laufs – auch „in Engpässen und bei Kostendruck stets den Regeln seines Fachs zu genügen", für die „die medizinischen Standards das Maß geben".[12] Ähnlich formuliert Dressler: Wenn „eine nach dem durch die medizinische Wissenschaft und praktische ärztliche Erfahrung bestimmten Behandlungsstandard indizierte und gebotene Maßnahme" dem Patienten vorenthalten wird, bedeutet dies „eine nicht akzeptable Beeinträchtigung seiner auch verfassungsrechtlich geschützten Rechtsgüter: Leben, Körper und Gesundheit" und verstößt daher gegen die ärztliche Behandlungspflicht.[13]

3. Wenngleich die Verrechtlichung der Medizin weit fortgeschritten ist und das Haftungsrecht als Damoklesschwert über jeder ärztlichen Tätigkeit schwebt, gilt es bei der Bestimmung des Standards und damit auch der ausschließlich dem Arzt vorbehaltenen Maßnahmen den *Vorrang fachlicher* medizinischer Erwägungen und *den beschränkten, akzessorischen* Einfluss des Rechts im Rahmen seiner Korrektivfunktion zu beachten. Bei der Beurteilung des durch das MAfA-Konzept des Helios-Konzerns aufgeworfenen Fragen, insbesondere der Delegierbarkeit der Narkoseführung auf Nichtärzte, kommt es also zunächst auf das Votum der Anästhesisten an. Diese haben 1989 in einer Entschließung ihres Berufsverbandes zu „Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie"[14] sehr klar das Grundprinzip „ein Operationstisch – ein Anästhesist" formuliert und begründet. Wörtlich heißt es dort:

„Grundsätzlich unterliegt es keinem Zweifel, dass die modernen Anästhesieverfahren einen mit Gefahren verbundenen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten darstellen. Ihre Durchführung ist daher an die ärztliche Approbation gebunden und setzt darüber hinaus eingehende spezielle Kenntnisse und Er-

[12] Laufs, Arztrecht, 5. Aufl. 1993, Rdnr. 492.

[13] Dressler, Ärztliche Leitlinien und Arzthaftung, FS Geiß, 2000, S. 387; s. zum Ganzen Ulsenheimer, Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen, FS Kohlmann, 2003, 219 ff.

[14] Anästhesiologie und Intensivmedizin 1989 (Bd. 30), S. 56 f.

Zusammenfassung · Abstract

Anaesthesist 2007 · 56:313–321 DOI 10.1007/s00101-007-1173-1
© Springer Medizin Verlag 2007

K. Ulsenheimer · E. Biermann

Zur Problematik der Parallelnarkose. Fachliche und rechtliche Grenzen der Delegation anästhesiologischer Leistungen auf nichtärztliches Personal

Zusammenfassung
Die zunehmende Technisierung, Spezialisierung und Subspezialisierung der Medizin haben die Verlagerung ursprünglich ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Hilfspersonen nachhaltig gefördert, teilweise auch notwendig gemacht. Wirtschaftliche Erwägungen geben dieser Entwicklung in den letzten Jahren zusätzliche Impulse. Zwar dürfen unstreitig ärztliche Verrichtungen auf Assistenzpersonal übertragen werden, doch besteht ebenso Einigkeit darüber, dass es im Rahmen des gesamten ärztlichen Leistungsspektrums Grenzen der Delegierbarkeit, d. h. ausschließlich dem Arzt vorbehaltene Tätigkeiten gibt. Dazu gehören nach übereinstimmender Ansicht z. B. die körperliche Untersuchung, die Diagnose, Indikationsstellung, die Festlegung des Therapieplans und die Aufklärung. Der folgende Beitrag begründet aus fachlicher und rechtlicher Sicht, warum auch die Anästhesieführung diesen genuin ärztlichen Leistungen zuzuordnen ist, also unter dem Arztvorbehalt steht und deshalb die regelhafte Durchführung von Parallelnarkosen für alle in dieser Organisationsform Mitwirkenden oder dafür Verantwortlichen mit weitreichenden Haftungsrisiken verbunden ist.

Schlüsselwörter
Parallelnarkose · Anästhesiologische Leistungen · Delegation · Arztvorbehalt · Haftungsrisiko

The problems with parallel narcosis. Professional and legal limits of delegation of anaesthesiological responsibilities to non-medical personnel

Abstract
The increasing mechanisation, specialisation and sub-specialisation in medicine have enduringly supported the delegation of originally medical activities to non-medical personnel and sometimes also made it necessary. Economical considerations have recently given additional impulse to these developments. It is indisputable that medical activities can be delegated to assistant personnel, however, it is equally indisputable that within the scope of the total spectrum of medical activities, there are limits to the extent of delegation, i.e. activities reserved exclusively for medical doctors. These include, by consensus of opinion, the physical examination, diagnosis, assessment of indication, determination of the therapy plan and informing the patient. The following article justifies from professional and legal viewpoints why anaesthesia also belongs to the genuine medical duties and is reserved exclusively for medical personnel. Therefore, the correct performance of parallel narcosis is coupled with far-reaching liability risks for all participants involved in this form of organisation or those responsible for them.

Keywords
Parallel narcosis · Anaesthesiological duties · Delegation · Medical responsibilities · Liability risk

fahrungen voraus, die in der ärztlichen Weiterbildungsordnung normiert sind. Anästhesieverfahren können somit nicht an Krankenschwestern und Krankenpfleger oder sonstiges ärztliches Hilfspersonal zur selbständigen und eigenverantwortlichen Durchführung delegiert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dem Anästhesisten nicht nur die Durchführung des eigentlichen Anästhesieverfahrens obliegt, sondern auch die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während des Eingriffs".

Die „generelle Anordnung paralleler Anästhesieverfahren" (**Abb. 1**) ist daher keinesfalls zulässig, sondern nur „in bestimmten, eng begrenzten Phasen" und nur ausnahmsweise „ad hoc unter Berücksichtigung der aktuellen Situation im Einzelfall – in Abhängigkeit von der Art des Anästhesieverfahrens, der Art und Schwere des Eingriffs und den Zustand des Patienten" vertretbar.

In einer gemeinsamen Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin zur Parallelnarkose (sog. Münsteraner Erklärung) wurden im Jahr 2005 und ganz aktuell 2007 diese Kernsätze der Entschließung von 1989 ausdrücklich mit Nachdruck bestätigt und „eine routinemäßige Anordnung paralleler Anästhesieverfahren" für „unzulässig" erklärt.[15]

4. Dies geschah aus fachspezifischen Erwägungen, aber auch im Hinblick auf die rechtlichen Vorgaben des BGH, der sich mit der Übertragung ärztlicher Verantwortung auf nichtärztliche Hilfskräfte unter dem Stichwort „Parallelnarkose" wiederholt beschäftigt hat. Die grundlegenden Entscheidungen, die zum Teil lange zurückliegen, haben auch heute noch Gültigkeit und als „Grenzkontrolle" Richtpunkte gesetzt, die auch in Zukunft eingehalten werden müssen, sodass eine Rückbesinnung auf die einschlägige Rechtsprechung geboten erscheint.

Fallbeispiele

(1) Fall 1: BGH vom 18.03.1974[16] zu OLG Köln[17]

Am 06.10.1965 ließ sich die damals 40 Jahre alte Patientin wegen eines Uterusmyoms in der Universitäts-Frauenklinik Bonn operieren. Die Patientin, die selbst Ärztin war, suchte gerade diese Klinik auf, weil sie an Kälteüberempfindlichkeit litt und deswegen wünschte, dass die für die Operation erforderliche Narkose von einem Fachanästhesisten vorgenommen würde. Verabredet war eine Periduralanästhesie, die jedoch, wie Abwehrbewegungen der Patientin bei der Anlage des Hautschnittes zeigten, „nicht saß". Der Anästhesist vertiefte daraufhin die bereits durch die Evipangabe und die Lachgasverabreichung herbeigeführte *Allgemeinnarkose* mit einem Inhalationsnarkotikum und gab 100 mg Succinylcholin, um eine Muskelerschlaffung herbeizuführen. Anschließend wurde die Patientin intubiert und durch eine Beatmungsmaschine mit dem Narkosegemisch künstlich beatmet.

Während der Operation, die nunmehr ihren Fortgang nahm, verließ der Anästhesist den Operationssaal, weil er zu einer anderen Operation gerufen worden war. Er übergab die zwischenzeitliche Überwachung einem *Medizinalassistenten*. Nach etwa einer halben Stunde wurde er zu der Patientin gerufen, da diese presste, worauf sie nochmals eine Dosis von 200 mg Succinylcholin erhielt, nachdem zuvor schon einmal weitere 100 mg dieses Mittels gegeben worden waren. Dann *entfernte sich der Arzt wieder*, um nach der anderen in Narkose befindlichen Patientin zu sehen. Fünf Minuten später war diese zweite Narkose beendet, sodass der Anästhesist in den Operationssaal zurückkam.

Dort sah er *sofort*, dass die Patientin zyanotisch und ihre Pupillen mittelweit waren. Die unverzüglich durchgeführte Blutdruckkontrolle ergab keinen messbaren Blutdruck. Beim Abhören der Herztöne war kein Herzschlag festzustellen, ein Karotispuls war nicht tastbar. Die Patientin konnte zwar gerettet werden, aber als Dauerfolge erlitt sie eine Hirnleistungsminderung, die sie arbeitsunfähig machte. Nach dem fachärztlichen Urteil sind alle eingetretenen körperlichen Schäden auf eine schwere *zerebrale hypoxämische Schädigung* zurückzuführen.

Die Schadensersatzklage begründete die Patientin vor allem damit, dass der Anästhesist sich aus dem Operationssaal entfernt und für die Zeit seiner Abwesenheit einen dazu ungeeigneten Medizinalassistenten mit der Überwachung der Narkose betraut habe. Landgericht, Oberlandesgericht und Bundesgerichtshof gaben der Klage statt, weil sie allesamt insbesondere den Schutz- und Sicherheitsgedanken zugunsten des Patienten betonten:

a) „Aus der *erhöhten Gefährlichkeit der Intubationsnarkose* folge" – so das OLG – „dass weder ihre *selbständige* Durchführung noch ihre eigenverantwortliche Überwachung einem *Medizinalassistenten* übertragen werden dürfe. Der für die Narkose verantwortliche *Facharzt* müsse zumindest in der Lage sein, *jederzeit* die Narkose zu *überwachen* und erforderlichenfalls die anästhesiologische Versorgung des Patienten zu übernehmen. Diese Auffassung sei auch im Schrifttum anerkannt [Weissauer, DMW 1968, 2502; Uhlenbruck, NJW 1972, 2201 (2205)]. Die Möglichkeit, *jederzeit* die Überwachung der Narkose und die Versorgung des Patienten zu übernehmen, bestehe für den Narkosearzt aber nicht mehr, wenn er den Operationssaal verlasse, um in einem anderen Saal eine weitere Narkose durchzuführen (sogenannte Parallelnarkose)".

b) „Im vorliegenden Fall sei im übrigen das der *Intubationsnarkose* allgemein eigene *erhöhte Risiko* noch durch einen starken Blutdruckabfall konkret gesteigert worden. Der Blutdruck der Patientin sei schon 15 Minuten nach dem Beginn der Operation von anfänglich 145/95 auf 100/65 abgefallen." Deshalb hätte der Anästhesist „die weitere Entwicklung sorgfältig beobachten und die Überwachung der Klägerin nicht einmal für *eine kurze Zeitspanne eine Medizinalassistenten anvertrauen dürfen*".

c) Der BGH schloss sich diesen Ausführungen an und stellte klar:

„Weissauer und Uhlenbruck verlangen in den genannten Beiträgen ausdrücklich, dass der leitende Narkosearzt, auch wenn er sich zur Durchführung ärztlicher Verrichtungen und Aufgaben eines Medizi-

[15] Anästhesiologie und Intensivmedizin 2005 (Bd. 46), S. 34–34; Anästhesiologie und Intensivmedizin 2007 (Bd. 48, Heft 4, April), S. 223-224.

[16] VersR 1974, 804.

[17] Anästh. Info 1973, 216.

nalassistenten bedient, jederzeit die Narkose überwachen und bei Zwischenfällen unverzüglich eingreifen sowie die fachärztliche Versorgung des Patienten übernehmen kann".

Die Möglichkeit solcher jederzeitiger Überwachung und solchen unverzüglichen Eingreifens besteht bei Verlassen des Operationssaals *nicht*.

Der BGH weist auch die Auffassung, dass die *bloße Überwachung* der Narkose als mehr oder minder mechanische und beobachtende Tätigkeit keine besonderen Schwierigkeiten biete, *ausdrücklich zurück*. Denn hier sei wegen der *besonderen* Risiken (Intubationsnarkose, Fehlschlagen der vorher versuchten Periduralanästhesie, längerer Blutdruckabfall) die dauernde Überwachung durch den Facharzt für Anästhesie erforderlich gewesen. Der BGH betont, „dass sich das Maß der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt nach der Größe der von dem Patienten abzuwendenden Gefahren bestimmt".[18]

Der Bundesgerichtshof bejahte auch das *Verschulden* des Anästhesisten. Denn es bestand für ihn *„keine zwingende Notwendigkeit"*, die Überwachung der Patientin „zeitweilig einem Medizinalassistenten anzuvertrauen, um währenddessen eine sogenannte *Parallelnarkose* in einem anderen Raum durchzuführen. Daher bedarf hier die Frage keiner Entscheidung, wie das Verhalten eines Anästhesisten zu beurteilen ist, der in einem Notfall den Operationssaal verlässt, um in einem anderen Raum einen Patient ärztlich zu versorgen".

Das Oberlandesgericht hat dem Anästhesisten unter Zustimmung des Bundesgerichtshofs einen *groben Behandlungsfehler* angelastet. „Wie bereits ausgeführt, war das einer *Intubationsnarkose allgemein anhaftende Risiko* hier durch das Absinken des Blutdrucks bis zu einem kritischen Wert *noch gesteigert*. Gerade in den ersten Minuten nach der Verabreichung des Succinylcholins besteht die Gefahr toxischer Einwirkungen, die eine Beeinträchtigung der Herzfunktion und sogar einen Herzstillstand zur Folge haben können". In dieser *„besonders risikoreichen Phase der Narkose"* hätte der Anästhesist den Puls sorgfältig kontrollieren müssen, „anstatt die Überwachung der Patientin einem hierfür unqualifizierten Medizinalassistenten zu überlassen und sich aus dem Operationssaal zu entfernen. Rechtsirrtumsfrei hat das OLG dieses Verhalten als erhebliche Verletzung seiner ärztlichen Sorgfaltspflichten und damit als groben Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst gewertet".

(2) Fall 2

Der zweite Fall, in dem sich der Bundesgerichtshof zur Parallelnarkose äußerte, führte zu zwei Entscheidungen. In der ersten ging es um die Haftung des Narkosefacharztes, in der zweiten Entscheidung um die Haftung des Krankenhausträgers wegen eines Organisationsverschuldens. Den Entscheidungen lag folgender Sachverhalt zugrunde:

a) Die Operation fand am 09.02.1976 in der Orthopädischen Klinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf in Intubationsnarkose statt. Sie wurde von einem Assistenzarzt durchgeführt, der damals noch nicht die Anerkennung als Fachanästhesist besaß, aber schon seit Jahren die Voraussetzungen dafür erfüllte. Dieser Narkosearzt war für drei Operationstische als verantwortlicher Arzt eingeteilt, wobei ihm eine seit gut einem halben Jahr approbierte und in der Anästhesieabteilung tätige Ärztin sowie eine seit zwei Jahren dort beschäftigte Assistenzärztin helfen sollten. Die Anfängerin sollte dabei die Narkose an dem *benachbarten* Operationstisch übernehmen, während die schon etwas „fortgeschrittene" Assistenzärztin für die Narkose in einem anderen Operationssaal eingeteilt war, der durch einen Flur von dem Arbeitsplatz des Anästhesisten entfernt war. Da aber die relativ erfahrene Assistenzärztin erkrankte, musste für sie ein ganz junger Arzt einspringen, der erst wenige Wochen zuvor seine Approbation als Arzt erlangt und lediglich einen Monat lang an insgesamt 55 Narkosen unter Anleitung mitgewirkt hatte.

Wir haben also folgende Ausgangssituation: Ein „Noch-nicht-Facharzt" muss eine Intubationsnarkose vornehmen und zugleich die Aufsicht über eine Berufsanfängerin mit sechsmonatiger Erfahrung am benachbarten Operationstisch sowie über einen krassen Berufsanfänger in einem durch einen Flur getrennten Operationssaal führen.

Der Anästhesist leitete um 8.10 Uhr die Intubationsnarkose bei seinem Patienten ein. Die Überwachung übernahm anschließend der eingesprungene Berufsanfänger mit praktisch keinerlei Erfahrung, während der Anästhesist sich um die beiden anderen Narkosen kümmerte. Nach etwa 1,5 Stunden kam es zu einer Beatmungsblockade, auf die der junge Arzt mit einer Verstärkung der manuellen Beatmung reagierte. Da diese Maßnahme ohne Erfolg blieb, verließ er den Operationstisch und begab sich in den anderen Operationssaal, um den Anästhesisten herbeizurufen. Infolge einer Namensverwechslung rief er aber die an dem benachbarten Operationstisch tätige Assistenzärztin, die daraufhin das Narkosegerät von manueller auf automatische Beatmung umstellte. Erst dann wurde der Anästhesist geholt, der die Sauerstoffbeatmung einschaltete und, als auch diese Maßnahme erfolglos blieb, den Tubus entfernte und durch einen neuen Tubus anderer Art ersetzte. Erst jetzt war der Beatmungswiderstand behoben, jedoch setzte nun der Puls aus, sodass Herzmassagen zur Wiederbelebung des Patienten erforderlich wurden. Infolge des Narkosezwischenfalls erlitt der Patient eine schwere Hirnschädigung; er ist dauernd erwerbsunfähig.

b) In der ersten Entscheidung[19] heißt es u. a.:

aa) „In seine Eigenverantwortlichkeit (des Anästhesisten) fiel die Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederbelebung der vitalen Funktionen des Patienten. Es kann dahingestellt bleiben, ob überhaupt und in welchen Grenzen er, um selbst eine andere Narkose betreuen zu können, mit der Überwachung dieser Funktion Dr. T. (den krassen Berufsanfänger) betrauen durfte, der erst zwei Monate zuvor die Approbation als Arzt erlangt, bis dahin bei Narkosen nur unter Anleitung mitgewirkt hatte und für eine Intubationsnarkose noch keine ausreichende Erfahrungen hatte sammeln können. Jedenfalls musste der Anästhesist sicherstellen, dass er jederzeit einspringen und die Narkose rechtzeitig selbst weiterführen konnte, wenn wie hier Unregelmäßigkeiten in der

[18] VersR 1974, 806.

[19] NJW 1983,1375 ff.

Beatmung des Patienten auftraten. Dieser vom BGH schon in seinem Urteil vom 18.03.1974 hervorgehobene Grundsatz ist nicht etwa deshalb abzuschwächen, weil es sich anders als in dem dort entschiedenen Fall möglicherweise nicht um eine Risikonarkose handelte. Es sind Mindestanforderungen, die sich aus der Natur des Eingriffs und der vitalen Bedeutung sofortigen fachkundigen Eingreifens im Komplikationsfall ergeben und auch von der Medizin nicht in Zweifel gezogen werden ...

bb) Seine Verantwortung für die Gesundheit des ihm anvertrauten Patienten verlangte von ihm, sich über die Qualifikation des ihm kaum bekannten Arztes durch Rückfragen zu vergewissern. Das hat er versäumt. Er kann sich nicht darauf berufen, dass die Krankenhausverwaltung nach bisheriger Übung von sich aus vorgewarnt haben würde, wenn Dr. T. nicht ausreichend qualifiziert war. Die Führung der Narkose war seine Aufgabe. Beteiligt er einen anderen Arzt, so muss er sich Klarheit darüber verschaffen, wie viel er diesem zumuten konnte. Davon entband ihn auch nicht die Überlegung, dass der Ablauf des Operationstages in Frage gestellt wurde, wenn Kritik an der Organisation zugelassen werde. Die Gesundheit des Patienten geht vor.

Bei dieser Sachlage war es schon nicht zu verantworten, dass der Anästhesist Herrn Dr. T. im Operationsraum allein ließ, um selbst eine andere Narkose in einem anderen Operationssaal zu betreuen, der 17 Meter von dem Operationstisch entfernt war und nur über einen Flur und durch zwei Türen, von denen mindestens eine nicht offen stand, zu erreichen war (so dass weder Blick- noch Rufkontakt bestand und Dr. T. im Komplikationsfall seinen Patienten zeitweise allein lassen musste, wenn er den Anästhesisten benachrichtigen wollte). Für die ohnehin bedenkliche Parallelnarkose ist grundsätzlich Blick- oder wenigstens Rufkontakt zu dem Fachanästhesisten zu fordern, wenn ausreichende Aufsicht an beiden Operationstischen gewährleistet sein soll. Jedenfalls aber kann bei so weiten Wegen, wie sie hier für eine Kontaktaufnahme mit dem narkoseführenden Arzt zurückzulegen waren, von einer sicheren Gewährleistung sofortigen Beistandes des Fachanästhesisten im Komplikationsfall keine Rede mehr sein ..., ganz abgesehen davon, dass unter solchen Verhältnissen bei gleichzeitig an beiden Operationstischen auftretenden Komplikationen dem Fachanästhesisten ein Beistand unmöglich ist".

cc) Das Argument, der Anästhesist sei für die Organisation der Anästhesie an diesem Tag nicht zuständig gewesen, weist der BGH als irrelevant zurück: „Konnte er personell eine gefahrlose Durchführung der Narkose nicht gewährleisten, durfte er sie nicht übernehmen. Keineswegs entband ihn von dieser Eigenverantwortung die Überlegung, dass der Ablauf des Operationstages in Frage gestellt wurde, wenn Kritik an der Organisation zugelassen werde. Hier ging die Sicherheit des Patienten allen anderen Gesichtspunkten vor. Der gebotene Sicherheitsstandard durfte nicht etwaigen personellen Engpässen geopfert werden".

Der Anästhesist haftet aus dem Gesichtspunkt des Übernahmeverschuldens.

dd) Auch der Chefarzt ist „nicht von jeder eigenen Verantwortung für die Narkose freigestellt. Vielmehr blieb sie auch ‚seine Sache'. Ob ihm nicht überhaupt schon nach den anfangs gemachten Ausführungen die Zulassung von sogenannten Parallelnarkosen in zwei voneinander getrennten Operationssälen, noch dazu an drei Operationstischen, auf der Grundlage selbst des ursprünglichen Einsatzplanes hätte vorgeworfen werden müssen, kann offen bleiben. Jedenfalls mussten ihm gewichtige Bedenken gegen ein solches Verfahren besonders nachdrücklich vor Augen treten und zu *persönlichem Einschreiten* veranlassen, nachdem er von der Ersetzung der Assistenzärztin durch den unerfahrenen Dr. T. gehört hatte"... Man musste von ihm „eigene Anstrengungen zur Gefahrenverhütung – wenn nicht schon durch ein Veto gegen die Weiterführung der Parallelnarkose unter diesen Umständen, so doch zumindest durch *genaue* Anweisungen für eine sachgemäße Zuteilung der Einsatzplätze und ihre Überwachung – verlangen".

c) In der zweiten Entscheidung des BGH zu dem oben geschilderten Sachverhalt[20] geht es um die Mitverantwortlichkeit des Krankenhausträgers. Dort heißt es u. a.:

„Für die zivilrechtliche Haftung des Krankenhausträgers kommt es darauf an, was er – vertraglich oder deliktisch – dem in die Klinik aufgenommenen Patienten schuldet, ob er die danach erforderlichen Leistungen bereit gestellt hat und ob, falls er schuldhaft nicht alle von ihm zu verlangenden zumutbaren Anstrengungen zur bestmöglichen medizinischen Betreuung des Patienten und zu seinem Schutz vor unzulänglichen und fehlerhaften Behandlungsmaßnahmen getroffen hat, solche Unterlassungen zu einem Schaden des Patienten geführt haben".

Die Anästhesieabteilung war personell unterbesetzt, der Operationsbetrieb „nur durch vermehrten Einsatz der Ärzte" (also durch Ableistung zahlreicher Überstunden mit der Folge einer zusätzlichen Gefährdung der Patienten wegen Übermüdung der Ärzte) durchzuführen. „Die Oberärzte mussten unter Hintanstellung ihrer Aufgaben der Überwachung und Anleitung, von der Wahrnehmung von Forschungsaufgaben ganz zu schweigen, immer wieder selbst einspringen".

„Dieser Sachverhalt lässt nur den Schluss zu, dass im Verhältnis zur Anzahl der in der Universitätsklinik eingesetzten Operateure nicht genügend Anästhesisten zur Verfügung standen ... Alle Beteiligten wussten, dass dabei unter Umständen im Einzelfall der zum Schutz und zur Sicherung des Patienten erforderliche Standard der Anästhesieversorgung nicht eingehalten werden konnte, dass es in diesem Sinn, wie es in einem früheren Schreiben des Chefarztes der Anästhesie an die Verwaltung heißt, zu ‚illegalen Zuständen' kam".

„Dies durfte der Krankenhausträger nicht hinnehmen. Er versprach dem einzelnen Patienten eine dem damaligen Standard einer großen Universitätsklinik entsprechende ärztliche Behandlung, obwohl er in der Anästhesie nicht die erforderliche personelle Ausstattung zur Verfügung hatte ... Selbst wenn es Anfang 1976 noch allgemein an Anästhesisten zur

[20] BGH NJW 1985, 2189 ff.

bestmöglichen Versorgung der Patienten nach den modernen Erkenntnissen der Anästhesie gefehlt haben sollte, so spricht jedenfalls nichts dafür, dass Patienten eine derart mangelhafte Narkoseüberwachung erwarten und hinnehmen mussten. Um ihren vertraglichen Pflichten nachzukommen und zum Schutze der Patienten hätte der Krankenhausträger dafür Sorge tragen müssen, dass in seiner Klinik nur Operationen ausgeführt wurden, die anästhesiologisch ordnungsgemäß betreut werden konnten ... Es hätte klargestellt werden müssen, dass und welche Operationen zurückzustellen seien, vor allem aber, welche noch in der Ausbildung befindlichen Ärzte oder welches Pflegepersonal bei Anästhesien eingesetzt werden durften und wie sie dann wirksam angeleitet und überwacht werden konnten".

(3) Fall 3: BGH NJW 1993, 2989

Ein seit neun Monaten in der Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesie befindlicher Arzt führte unter Aufsicht eines Facharztes für Anästhesie die Einleitung und die Vertiefung der Intubationsnarkose bei einer Nasenscheidewandoperation durch. Nachdem der „Noch-nicht-Facharzt" unter Aufsicht die Einleitung und die Vertiefung der Intubationsnarkose vorgenommen und sodann allein die anästhesistische Überwachung übernommen hatte, ging der Facharzt für Anästhesie in einen unmittelbar angrenzenden, über eine Verbindungstür zu erreichenden Operationssaal, um dort eine Kindernarkose durchzuführen. Zwischen beiden Narkoseärzten bestanden die Möglichkeit des Rufkontaktes und eine eingeschränkte Sicht.

Zu dieser Organisationsstruktur bemerkt der BGH zunächst, der Senat habe es „wiederholt nicht schon für prinzipiell unzulässig gehalten hat, wenn zwischen einem noch unerfahrenen Anästhesisten und dem in einem benachbarten Operationssaal tätigen Fachanästhesisten lediglich Blick- und/oder wenigstens Rufkontakt bestanden hat".[21] Im konkreten Fall aber sei eine solche Konstellation rechtlich nicht hinnehmbar. Denn der Patient musste während der Operation umgelagert werden, eine „für die Narkoseführung jedenfalls nicht gänzlich ungefährliche und deshalb aufgrund des geschuldeten Facharztstandards auch nicht der alleinigen Verantwortung des noch unerfahrenen Assistenzarztes zu überlassende Besonderheit. Das damit verbundene – erhöhte – Narkoserisiko wird auch nicht schon ausreichend durch möglichen Rufkontakt aufgefangen. Denn eine spezifische Gefahr für den Patienten bei selbständiger Tätigkeit eines noch nicht voll ausgebildeten Anästhesiearztes liegt ja gerade darin, dass dieser Arzt auftretende Komplikationen eventuell gar nicht erst bemerkt und deshalb von einem möglichen Rufkontakt nicht oder jedenfalls nicht rechtzeitig Gebrauch macht".

Der BGH verschärft hiermit deutlich die Voraussetzungen der fachärztlichen Aufsicht – Rufkontakt genügt nicht – und lastet dem Facharzt einen *Organisationsfehler*, aber auch dem jungen Arzt ein *Übernahmeverschulden* an. Er hätte „bei der Übernahme der *selbständigen* anästhesistischen Betreuung" bedenken müssen, dass er „an einer Intubationsnarkose, während der die Umlagerung des Patienten erfolgte, noch nie teilgenommen und deshalb insoweit auch keine Erfahrungen hatte".

5. Auch der Österreichische Oberste Gerichtshof hat seit 1987 in mehreren Entscheidungen ausgesprochen, dass eine Parallelnarkose im Regelfall unzulässig und „nur in ausgesprochenen Notfällen zulässig" ist.[22] In einem solchen Notfall muss der Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin bei dem gerade nicht von ihm betreuten Patienten zumindest eine sonderausgebildete Anästhesiepflegefachschwester zur Beobachtung – also nicht zur Narkoseführung oder zur Vornahme therapeutischer Maßnahmen – zurücklassen.

Parallelnarkosen widersprechen dem Facharztstandard

III. Die Entscheidungen des Bundesgerichtshofs betreffen zwar in allen Fällen eine Parallelnarkose, bei der der Fachanästhesist die Narkoseführung unerfahrener Ärzte bzw. Medizinalassistenten überwacht hat, doch gelten die Gründe für die Unzulässigkeit dieser Organisationsstruktur – erst recht – auch bei der Übertragung der Narkoseführung auf nichtärztliches Personal. Denn die klinische Anästhesiologie hat sich in den letzten Jahrzehnten von einer vorwiegend praktisch-manuellen Hilfsdisziplin zur anerkannten Fachwissenschaft entwickelt. Anästhesie ist heute angewandte Physiologie, Pharmakologie und Biophysik. Komplizierte Narkosetechniken erfordern daher umfassende Ausbildung sowie eingehendes Fachwissen auf allen Gebieten der Medizin, Narkosezwischenfälle, die jederzeit auch unvermutet zu gewärtigen sind, erfordern sofortiges, nicht nur im Rechtssinne „unverzügliches" (d. h. „ohne schuldhaftes Zögern" vorgenommenes) Eingreifen eines Arztes, der den fachanästhesiologischen Standard garantieren muss.

§ 3 Abs. 2 Krankenpflegegesetz kennt zwar Maßnahmen, die dem Pflegepersonal zur eigenverantwortlichen Durchführung übertragen werden, doch bleibt nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 a die Mitwirkung des Pflegepersonals bei ärztlich veranlassten Maßnahmen auf die „eigenständige" Durchführung begrenzt, bewegt sich also im Rahmen der traditionellen „Durchführungsverantwortung" nach ärztlichem Auftrag („Anordnungsverantwortung"). Auch hier findet sich keine „Erlaubnis" zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde.

Die Antwort auf die Frage, ob die Narkoseführung nur ein *Arzt* vornehmen und sie daher nicht auf nichtärztliches Personal übertragen werden darf, hat Weissauer vor über 40 Jahren sehr klar und bestätigt durch die höchstrichterliche Rechtsprechung gegeben:

„Die Anästhesie ist eine ärztliche Tätigkeit. Sie stellt ihrer Natur nach einen schwerwiegenden Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten dar, der sowohl das theoretische Wissen als auch die praktischen Erfahrungen des Arztes erfordert. Das gilt für Narkosen jeder Art und Methode. Eine Unterscheidung zwischen großer und kleiner Narkose ist nicht möglich."[23]

[21] NJW 1983, 1374; ebenso OLG Zweibrücken, VersR 1988, 165 f.

[22] OGH vom 01.12.1998, Az. 7 Ob 337/98d.

[23] Der Anästhesist 1963, 157.

Da die Narkose nach der Überzeugung der zuständigen fachwissenschaftlichen Gremien unter Billigung der höchstrichterlichen Judikatur eine ärztliche Tätigkeit ist, die dem Heilhilfspersonal nicht zur selbstständigen und selbstverantwortlichen Erledigung überlassen werden darf, droht allen denjenigen, die gegen diesen anästhesiologischen Standard verstoßen, die zivil- und strafrechtliche Haftung: wegen *eines Organisationsverschuldens* den Verantwortlichen des Klinikträgers und dem *Chefarzt* der Anästhesieabteilung infolge der regelhaften Anordnung derartiger Parallelnarkosen, den *nachgeordneten Ärzten* und *Pflegekräften*, die Parallelnarkosen entsprechend dem MAfA-Konzept durchführen, wegen eines *Übernahmeverschuldens*.

Chefärzte, nachgeordnete Ärzte und Pflegekräfte, soweit sie in dieses Konzept eingebunden sind, müssen daher alles in ihrer Macht Stehende tun, alle zumutbaren Möglichkeiten ausschöpfen, um Abhilfe zu schaffen und die für die Organisation der Anästhesie zuständigen Personen darauf hinzuweisen, dass Parallelnarkosen dem Standard des anästhesiologischen Fachgebiets widersprechen.

Gilt noch der Vertrauensgrundsatz mit dem Chirurgen?

IV. Gewarnt werden müssen trotz fortdauernder Verantwortlichkeit des Anästhesisten und eventuell eigener Verantwortung der Pflegekraft aber auch die *Operateure*, wenn für sie erkennbar nichtärztliches Personal mit der selbstständigen Narkoseführung beauftragt wird. Zwar gilt nach der Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Patientenversorgung der Grundsatz, dass der Chirurg zuständig und verantwortlich ist für Planung und Durchführung des operativen Eingriffs, der Anästhesist dagegen für die Planung und Durchführung des Betäubungsverfahrens und dass beide Partner wechselseitig darauf vertrauen dürfen, dass der Partner der arbeitsteiligen Zusammenarbeit die jeweils ihm obliegenden Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt (Vertrauensgrundsatz).

Doch steht dieses Grundprinzip der Arbeitsteilung unter dem Vorbehalt, dass keine offensichtlichen Qualifikationsmängel erkennbar sind. Wenn aber Hilfskräfte eigenverantwortlich ohne unmittelbare Aufsicht des Anästhesisten im Widerspruch zu den Leistungsstandards des Fachgebiets die Narkose im Saal „allein" führen, muss der Operateur erkennen, dass er es nicht mehr mit dem „Spezialisten" zu tun hat, der ihm erlaubt, seine ärztliche Kompetenz allein auf das operative Vorgehen zu konzentrieren. Damit entfällt die Basis des Vertrauensgrundsatzes mit der Folge, dass die Verantwortlichkeit beim Operateur bleibt. „Liegt die Narkose in der Hand des … nichtärztlichen Hilfspersonals, so steht die gesamte Narkose unter der Leitung des Chirurgen", hat Weissauer in seiner grundlegenden Abhandlung zur „Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anästhesist und Operateur"[24] ausgeführt und deshalb mit Recht im Anschluss an Spann festgestellt, *„dass der operierende Arzt die Verantwortung trägt, falls die Narkose von … Hilfspersonal durchgeführt wird"*.

Deshalb: Vor Parallelnarkosen muss dringend gewarnt werden! Sie birgt für alle Beteiligten unkalkulierbare Haftungsrisiken.

Korrespondierender Autor

RA Prof. Dr. Dr. K. Ulsenheimer
Ulsenheimer-Friederich Rechtsanwälte
Maximiliansplatz 12, 80333 München
Ulsenheimer@uls-frie.de

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

[24] Der Anästhesist 1962, 239 ff.

17. Symposiums Intensivmedizin + Intensivmedizin

Hansepreis für Intensivmedizin

Hanse-Preis für Intensivmedizin (gestiftet von der Fresenius AG). Dotation: 5.000 Euro, verliehen anlässlich des 17. Symposiums Intensivmedizin + Intensivpflege in Bremen an Prof. Dr. Inez Frerichs, Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum SH - Campus Kiel, für ihren Vortrag „Lung Volume Recruitment after Surfactant Administration Modifies Spatial Distrubution of Ventilation".

Anlässlich der hohen Qualität, die von den Bewerbern im Rahmen des Vortragswettbewerbes bewiesen wurde, hat sich die Fresenius AG entschieden, einen zweiten Hanse-Preis für Intensivmedizin an Dr. Jörg Reutershan, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, für seinen Beitrag „Critical role of endothelial CXCR2 in LPS-induced neutrophil migration into the lung" zu verleihen. Dotation: 3.000 Euro.

Hanse-Pflegepreis

Der Hanse-Pflegepreis (gestiftet von der Firma KCI Medizinprodukte GmbH), Dotation: 1.000 Euro und Teilnahme an der KCI Kompetenz Akademie, wurde anlässlich des 17. Symposiums Intensivmedizin + Intensivpflege in Bremen an Frau Andrea Brunke aus Langelsheim verliehen. Thema der Arbeit: „Erfahrungen, Erlebnisse und Erleben des analgosedierten, beatmeten Patienten".

Jörg Eikamp aus Ingelheim erhielt einen mit 1.000 Euro dotierten Preis vom „Wissenschaftlichen Verein zur Förderung der klinisch angewendeten Forschung in der Intensivmedizin e.V." für seinen Beitrag „Abgrenzung von Intermediate Care (IMC) zu Intensivtherapiepatienten und Patienten auf einer Normalpflegestation durch 'Medical Scores' unter qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten am Beispiel eines Universitätsklinikums."

Quelle: HVG Hanseatische Veranstaltungs-GmbH Bremen