

# Ambulante Vollnarkose in der Zahnarztpraxis

Hochkarätige Fortbildung des Düsseldorfer Zahnärztetreff

Am 17. Juni 2014 hatte der Düsseldorfer Zahnärztetreff (DZT) Prof. Dr. Jochen Jackowski, Leiter der Abteilung für zahnärztliche Chirurgie und poliklinische Ambulanz an der Universität Witten/Herdecke, eingeladen. Er referierte als ausgewiesener Spezialist zum Thema „medizinische Rahmenbedingungen für die Vollnarkose in der zahnärztlichen Praxis“ und wurde dabei unterstützt von Dr. iur. Kathrin Janke, Justitiarin der Zahnärztekammer Nordrhein, die die entsprechenden äußerst komplexen rechtlichen Aspekte sachkundig beleuchtete.

Bevor das Hauptthema „Alles in Vollnarkose, bitte!“ referiert wurde, gab der Mitorganisator des DZT und Vizepräsident der Zahnärztekammer Nordrhein Dr. Ralf Hausweiler eine kurze Übersicht über den aktuellen Stand zu den Praxisbegehungen nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) und dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Sachverständige der Zahnärztekammer Nordrhein führen seit circa vier Jahren die Begehungen nach dem MPG erfolgreich durch. Vor einer Begehung nach MPG findet in der Zahnärztekammer Nordrhein ein vorbereitendes Beratungsgespräch statt. Zusätzlich kann auf Wunsch des Zahnarztes auch eine Praxisberatung vor Ort erfolgen. Die Praxen sind hierdurch noch besser mit den Richtlinien nach MPG vertraut, was letztendlich dem Patientenschutz und dem sicheren Umgang der Praxis mit der Begehung dient.

Auch bei der Umsetzung der Begehungen nach IfSG setzen die Kammer und das Düsseldorfer Gesundheitsamt auf Information und Schulung, damit die praxisnahe Umsetzung von Infektionsschutz und damit auch Patientenschutz möglich ist, so Dr. Hausweiler. Am sogenannten „Düsseldorfer Modell“ (Pilotprojekt des Gesundheitsamts Düsseldorf und der Zahnärztekammer Nordrhein) könnten alle Düsseldorfer Kolleginnen und Kollegen teilnehmen (weitere Einzelheiten zum „Düsseldorfer Modell“ s. Seite 511). Der anhaltende Applaus der



Foto: Blazejak

Prof. Dr. Jochen Jackowski, Leiter der Abteilung für zahnärztliche Chirurgie und poliklinische Ambulanz an der Universität Witten/Herdecke, schilderte einen problematischen Fall aus der Praxis.

Zuhörer bestätigte: Zum Thema Begehung nach MPG und IfSG ist eine umsetzbare, dem Patientenschutz dienende, aber auch praxisingerechte Lösung gefunden worden.

In seiner Begrüßung wies Dr. Harm Blazejak, neben Dr. Ralf Hausweiler, Dr. Dr. Henry Snel und ZA Axel Plümer einer der DZT-Organisatoren, auf die Problematik einer wachsenden Nachfrage der Patienten nach einer alle zahnmedizinischen Behandlungsbereiche umfassenden Behandlung/Sanierung in Intubationsnarkose (ITN) hin. Dabei spielt häufig eine gewisse Bequemlichkeit, aber auch vermeintliche oder echte Zahnarztphobie eine große Rolle. So kennt jeder Praktiker die immer wieder ausgesprochene Worte von Neupatienten bei der Begrüßung: „Herr Doktor, ich bin Angstpatient, bei mir geht alles nur in Vollnarkose!“ Vor dieser für den Zahnarzt vermeintlich äußerst komfortablen „Rundum-Sorglos“-Behandlung warnte Blazejak.

Dieser Meinung schloss sich Prof. Dr. Jochen Jackowski nachdrücklich an. Er berichtete, dass in der Vergangenheit bei ambulanten zahnärztlichen Behandlungen unter Vollnarkose in einzelnen Fällen tragische Verläufe mit Todesfolge aufgetreten sind (Quelle: Spiegel ONLINE Wissen-

schaft). Im Fall einer „großzügigeren“ Auslegung der Indikation bei der Inanspruchnahme von Intubationsnarkosen in unserem Fachgebiet unter gleichzeitiger Missachtung von Sicherheitsstandards (räumliche, apparative und personelle Voraussetzungen) bestehe die Gefahr, dass die Wahrscheinlichkeit von komplikationsbehafteten Behandlungsverläufen ansteige.

## Fatale Folgen können bei zunächst einfach erscheinenden Routineeingriffen in ITN entstehen.

Die wirklich fatalen Folgen, die bei einer Behandlung in Vollnarkose bei zunächst einfach erscheinenden Routineeingriffen entstehen können, zeigte Jackowski anhand eines fachlich und medizinrechtlich äußerst komplexen Behandlungsfalls auf, bei dem ein an einem Williams-Beuren-Syndrom (WBS) leidendes zehnjähriges Kind verstarb. Als von der Verteidigung mit der Begutachtung beauftragter Oralchirurg und in der Folge gerichtlich bestellter Sachverständiger hatte Jackowski den Verlauf der zahnärztlichen/oralchirurgischen Behandlung zu analysieren und zu bewerten. Angesichts der hier vorliegenden fachlichen und juristischen wie auch der menschlichen Aspekte sowohl auf der Angehörigen- als auch der Behandlerseite handelte es sich um eine sehr zeitaufwendige Tätigkeit, weil unter anderem zunächst über 3 000 Seiten zur Verfügung gestellter Unterlagen gesichtet werden mussten.

Der Fall, an dem Jackowski exemplarisch die Problematik von Narkosen in der (zahn)ärztlichen Praxis darstellte, ereignete sich im Jahr 2007. Ein Oralchirurg führte mit einem Anästhesisten in horizontaler Kooperation regelmäßig ambulante Behandlungen an aufgrund von Behinderungen nicht kooperationsfähigen Patienten durch. Im vorliegenden Fall behandelte der Oralchirurg wegen mangelnder Compliance unter ITN ein zehnjähriges Kind, das an einem Williams-Beuren-Syndrom (WBS) litt. Das WBS ist eine seltene genetisch bedingte Entwicklungsstörung mit einem Herzfehler, der sich am häufigsten in einer supravulvulären Aortenstenose (SVAS) manifestiert. Die Prävalenz typischer Fälle des WBS

bei der Geburt beträgt 1:20 000 bis 1:50 000. Intraoral ist die Nichtanlage von Zähnen in Kombination mit Anomalien der Zahngröße und Morphologie (Taurodontismus, OK-/UK-Frontzähne „tapered“, „screwdriver tapered“) charakteristisch. Die spezifischen Untersuchungen in der Kinderkardiologie (2004) und in der Kinderklinik eines Universitätsklinikums (2007) ergaben bei diesem Kind allerdings keine Befunde, die auf eine kardiovaskuläre Vorerkrankung hindeuteten. Bereits 2006 konnte durch denselben Oralchirurgen und Anästhesisten bei diesem Kind eine zahnärztliche Therapie unter ITN ohne Komplikationen durchgeführt werden. Auch der zweite zahnärztliche Eingriff im Jahr 2007 verlief anfänglich ohne besondere Vorkommnisse. Nach einer postnarkotischen Überwachung durch den Anästhesisten von nicht mehr exakt nachweisbaren 20 bis 25 Minuten wurde das Kind aus dem Eingriffsraum in den Ruheraum verlegt, in dem die Mutter – mit abgeschlossener MTA-Ausbildung – sich bereithielt. Wenig später bemerkte die Mutter einen vollständigen Atemstillstand, dem ein verändertes Atemmuster und eine bläuliche Verfärbung der Haut vorausgegangen waren. Der zur Hilfe herbeigerufene Anästhesist und der

Oralchirurg reanimierten das Kind primär erfolgreich. Nach notfallmäßiger Weiterbehandlung in einem Krankenhaus vor Ort erfolgte die Verlegung in eine Kinderklinik, in der das Kind eine Woche später verstarb, ohne das Bewusstsein wiedererlangt zu haben. Erstinstanzlich wurde der Anästhesist wegen fahrlässiger Tötung zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und sechs Monaten, der Oralchirurg zu einer Freiheitsstrafe von einem Jahr und drei Monaten verurteilt. Diese wurden bei beiden Angeklagten zur Bewährung ausgesetzt.

Die Vorwürfe gegen den Anästhesisten lauteten:

- Überwachungsfehler
- Die Überwachung sei nicht ausreichend lange erfolgt.
- EKG und Pulsoxymeter seien nicht eingesetzt worden.
- Die personelle Überwachung sei nicht ausreichend gewesen.
- Eine postoperative Überwachung in einem zahnmedizinisch ausgestatteten Behandlungszimmer (Ruheraum) sei aus anästhesiologischer Sicht nicht standardgerecht.

Das erstinstanzliche Gericht verkannte, dass eine Überwachung im Eingriffsraum durchgeführt wurde und dort standardgerecht möglich ist.

Die Vorwürfe gegen den Oralchirurgen lauteten:

- Organisationsfehler
- Es sei keine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Anästhesisten und dem Oralchirurgen über die Abgrenzung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche getroffen worden.
- Der Oralchirurg habe den Ruheraum nicht adäquat apparativ ausgestattet.
- Aus Gewinnstreben habe der Oralchirurg versucht, die postoperativen Überwachungszeiten möglichst kurz zu halten.
- Die Zahnarzthelferinnen seien nicht notfallmedizinisch ausgebildet gewesen, was aber erforderlich gewesen wäre.
- Der Überwachungsfehler (zu kurze Überwachungszeit) des Anästhesisten sei derart evident gewesen, dass auch ein Oralchirurg diesen hätte erkennen und einschreiten müssen. Ein Berufen auf die Abgrenzung der Verantwortungsberei-

che entsprechend den Grundsätzen der horizontalen ärztlichen Zusammenarbeit sei deshalb nicht mehr zulässig.

- Weiterer Vorwurf: Der Oralchirurg habe anästhesiologische Aufgaben übernommen und sei deshalb auch für den anästhesiologischen Standard mitverantwortlich.

Sowohl gegen den Anästhesisten als auch gegen den Oralchirurgen wurde durch die Approbationsbehörde ein Approbationsentziehungsverfahren in die Wege geleitet mit der Absicht, beiden noch vor der Rechtskraft des Urteils die Approbation zu entziehen. Die Verteidigung erreichte allerdings, dass dieses Verfahren bis zum rechtskräftigen Abschluss des Strafverfahrens eingestellt wurde.

Im Verlauf des sich anschließenden Berufungsverfahrens wurden zehn Sachverständige (vier Anästhesisten, ein Notfallmediziner, ein Rechtsmediziner, ein Internist und Pharmakologe, ein Pädiater, ein Kardiologe und ein Fachzahnarzt für Oralchirurgie) hinzugezogen. In diesem Verfahren konnte nicht geklärt werden, ob in der Kinderklinik ein „second hit“ erfolgte, weil hier gegen einen über mehrere Stunden andauernden Sauerstoffabfall von unter 90 Prozent keine zielgerichteten Maßnahmen eingeleitet wurden. Auf der Grundlage des § 153a Abs. 2 StPO wurde aus prozessökonomischen Gründen das Strafverfahren mit der Zustimmung aller Beteiligten eingestellt und zwar ohne Feststellung oder Anerkenntnis einer Schuld gegen Zahlung einer Geldauflage für die beiden Angeklagten. Das erstinstanzliche Urteil wurde somit nicht rechtskräftig, die Approbationsentziehungsverfahren durch die Approbationsbehörde wurden eingestellt. Damit waren der Oralchirurg und der Anästhesist zwar freigesprochen und es ergab sich aus der strafrechtlichen Verfahrenseinstellung auch keine Konsequenz („präjudizielle Wirkung“) von weiteren zivil- oder berufsrechtlichen Verfahren, aber für die betroffenen Ärzte verbleibt durch die ausgeprägte Medienaufmerksamkeit möglicherweise eine tiefgehende Beeinträchtigung ihrer persönlichen und auch wirtschaftlichen Existenz.



Foto: Fehtholz

Dr. iur. Kathrin Janke, Justitiarin der Zahnärztekammer Nordrhein, erläuterte die entsprechenden äußerst komplexen rechtlichen Aspekte.

### Die Vernachlässigung von Organisationspflichten kann zu einem Organisationsverschulden führen.

Eine Überwachung des Patienten durch den Anästhesisten im Eingriffsraum ist standardgerecht, eine Verlegung des Patienten in einen Ruheraum nach Beendigung der postnarkotischen Überwachung nicht zu beanstanden. Allerdings hat der Zahnarzt/Oralchirurg neben seinem Organisationsrecht auch Organisationspflichten, deren Vernachlässigung zu einem Organisationsverschulden führen kann.

Dem Anästhesisten muss für die postnarkotische Überwachung im Eingriffsraum ein ausreichendes Zeitfenster zur Verfügung stehen. Er darf nicht durch im „Stundentakt“ einbestellte ITN-Patienten unter „Druck“ geraten.

Die zahnärztliche/oralchirurgische Behandlung in Vollnarkose unter ambulanten Bedingungen ist ein integraler Bestandteil der zahnmedizinischen Versorgung von behinderten Patienten.

Ein Oralchirurg kann mögliche Überwachungsfehler eines Anästhesisten nicht als evident erkennen, da er keine anästhesiologische Ausbildung durchlaufen hat. Er

muss sich auf die Expertise des Anästhesisten verlassen.

Das zentrale Problem war für Jackowski im oben beschriebenen Fall, dass es keine schriftlichen Regelungen zwischen dem Oralchirurgen und dem Anästhesisten gab betreffend die Zuständigkeiten im Detail bei der postoperativen Nachsorge und der weiteren Überwachung des Patienten im Ruheraum. Die weitere Betreuung im Ruheraum erfolgte vielmehr durch eine nicht anästhesiologisch qualifizierte, „normale“ Zahnmedizinische Fachassistentin und die Begleitung. Die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten zur „Überwachung nach Anästhesieverfahren“ [Anästh. Intensivmed. 50 (2009) S486-S489] lauten u. a.: „Die Überwachung in dieser Erholungsphase nach Allgemein- oder Regionalanästhesie kann vom verantwortlichen Anästhesisten selbst vorgenommen oder an Personal mit einer speziellen Ausbildung und Erfahrung im Umgang mit postoperativen Patienten delegiert werden.“

Nach Jackowski hat eine erfahrene zahnmedizinische Fachkraft sicher gewisse fachgebietsspezifische Kenntnisse in der postoperativen Betreuung (z. B. Erkennen von Nachblutungen und initial Applikation von Aufbissstüpfen), aber sie hat verständlicherweise keinerlei Ausbildung und Erfahrung hinsichtlich anästhesiologischer postoperativer Komplikationen. Wer also stellt diese anästhesiologisch erfahrene Fachkraft für den Ruheraum zur Verfügung? Ein Anästhesist kann nicht gleichzeitig eine Vollnarkose durchführen und einen Patienten im Ruheraum adäquat postnarkotisch anästhesiologisch betreuen. Jackowski empfiehlt hier eine genaue schriftliche Vereinbarung zwischen den Vertretern der beiden Fachgebiete Zahnmedizin und Anästhesiologie.

Dr. iur. Kathrin Janke betonte, dass im vorliegenden Fall eine weitere Haftungsdimension für den Zahnarzt vorlag, da er nicht nur die zahnärztliche Behandlung durchführte, sondern auch seine Praxis für die Narkose zur Verfügung stellte: Ihm

oblag als „Hausherr“ eine Mitverantwortung für die suffiziente Ausstattung sowohl für die eigentliche Operation wie auch für mögliche postoperative Notfälle auf der Grundlage des sogenannten Organisationsverschuldens. Die Anforderungen an die Ausstattung nicht nur in apparativer und räumlicher, sondern auch in personeller Hinsicht richten sich dabei nach anästhesiologischen Standards.

Dagegen wurde eine Pflicht zur gegenseitigen fachlichen Überwachung von Zahnarzt und Anästhesist, die in der ersten Instanz vom Gericht zumindest partiell gefordert worden war, im Gutachten der Berufung abgelehnt. Dies kann weder Zahnarzt noch Anästhesist aufgrund seiner Ausbildung nicht leisten. Janke wies weiterhin darauf hin, dass eine getrennte Haftung nach dem Prinzip der horizontalen Arbeitsteilung (hier von Zahnarzt und Anästhesist) auch gerichtlich bestätigt worden ist (zuletzt BGH, Urteil vom 14. Januar 2010 – III ZR 188/09). Zur Abgrenzung der Verantwortlichkeiten existierte in Limburg zwar keine – idealerweise – schriftlich fixierte Aufgabenteilung („Wer macht was?“). Ein Zahnarzt darf sich aber, jedenfalls solange keine offensichtlichen Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden, darauf verlassen, dass der Kollege seine Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt und die Indikation zu der erbetenen Leistung zutreffend gestellt hat.

Schließlich blieb ein weiterer forensisch bedenklicher Aspekt, dass zwar ein ausführlicher Anamnesebogen über alle Organe erfassende möglichen Vorerkrankungen von den Eltern ausgefüllt worden war, allerdings erst am Tag und unmittelbar vor dem Eingriff.

Als Leitfaden für den Praktiker, der Behandlungen unter ITN durchführt oder dies vorhat, führte Jackowski folgende entscheidenden Kriterien an:

1. Der Patient darf keinem höheren Risiko (auch in Zusammenhang mit der postoperativen Betreuung) ausgesetzt sein als bei einer Behandlung unter stationären Bedingungen.
2. Die postoperative Überwachung muss dem Anästhesisten, ggf. auch dem speziell geschulten Personal des Anästhesisten, übertragen werden. In jedem Fall muss dies genau verbindlich festgehalten sein.

Janke betonte bei diesem Aspekt erneut das sogenannte Organisationsverschulden, das die Pflicht und Führungsverantwortung des Praxisinhabers als Arzt und Praxisbetreibers beschreibt.

#### **Der Zusatz „Klinik“ oder „Praxisklinik“ aus Werbungsgründen kann haftungsrechtliche Konsequenzen bringen.**

Als persönliche Erfahrung aus dem oben beschriebenen Verfahren gab Jackowski an, als fachlich Verantwortlicher in seiner Abteilung wesentlich zurückhaltender als bisher Behandlungen von Kindern in ITN zuzulassen. Janke wies weiterhin darauf hin, dass Praxen, die sich lediglich aus Werbungsgründen den Zusatz „Klinik“ oder „Praxisklinik“ gäben, ansonsten aber eben keine apparative oder personelle, einer regulären Klinik/Krankenanstalt vergleichbare Ausstattung aufweisen würden, zum einen berufs- und wettbewerbswidrig werben, aber auch zum anderen haftungsrechtlich bei Zwischenfällen massiv unter Druck geraten könnten. Schließlich würde hier nur aus Gewinnstreben dem medizinischen Laien, der einen besonders qualifizierten Behandler und Ausstattung sucht, eine nicht vorhandene Kompetenz „vorgegaukelt“. Angesichts eines Gerichtes, das – wie das hier erstinstanzlich tätige – sehr restriktiv urteilt, könnten sich fatale Konsequenzen für derartige Praxen ergeben. In diesem Sinne nahm auch das Amtsgericht Limburg seinerzeit Stellung: „Im Internet hatte der oben beschriebene Zahnarzt für seine zahnärztlichen Behandlungen in Narkose [...] damit geworben, dass diese Eingriffe unter einem dem Krankenhaus angepassten personellen und operativen Sicherheits- und Qualitätsstandard durchgeführt werden. [...] Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme kann von einem solchen Standard keine Rede sein; das Gegenteil ist bewiesen. [...] Gemessen an den tatsächlichen Bedingungen [...] kann

die vorstehend dargestellte Werbung mit ‚klinischen Standards‘ nur als grob irreführend bezeichnet werden [...]“.

„Quemcumque quaerit calamitas, facile invenit“ (Lateinisches Sprichwort – sinngemäß: „Wer sich leichtfertig in Gefahr begibt, kann schnell darin untergehen.“)

**Cave:** Wie der oben beschriebene Fall zeigt, tendieren Gerichte durchaus dazu, den Zahnarzt als Praxis-„Hausherr“ mit in die Verantwortung auch für allgemeinmedizinische Notfälle zu nehmen, die sich in Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen in ITN ereignen. Die Vorstellung, „damit habe ich nichts zu tun, das ist allein Sache des Anästhesisten“ lassen Gerichte bei mangelndem Nachweis des Gegenteils nicht mehr uneingeschränkt gelten!

Deswegen forderten Janke und Jackowski die Beachtung folgender „Take-Home-Messages“:

- Genaue Absprache und schriftliche Abklärung von zahnärztlichem und anästhesiologischem Aufgabenbereich und Verantwortlichkeiten (Wer macht was? Wer stellt welches Personal? Wer stellt welche Geräte? Wer ist für welche Überwachung in welchem Raum für welchen Zeitraum zuständig? etc.!!)
- Auch die jeweiligen Fachgebietsgrenzen und die Einhaltung des Facharztstandards sollten schriftlich fixiert werden. Beispiel für Formulierung: „Jeder wird in seinem Fachgebiet unter Einhaltung seines jeweiligen Facharztstandard tätig, ohne dass wechselseitige Weisungsbefugnisse bestehen.“
- Kritische Beurteilung der vorhandenen Räumlichkeiten und des Equipments in der zahnärztlichen/kieferchirurgischen Praxis: Entsprechen sie geltenden anästhesiologischen Standards (Eingriffs-, Ruheraum, Ausrüstung zur Überwachung/Gewährleistung von Vitalfunktionen wie z. B. Pulsoxymeter, Ambu-Beutel, intravenöser Zugang, entsprechende Notfall-Medikamente etc.)?
  - Fachlich kompetentes Personal sowohl für den Eingriff wie auch für die postoperative Nachbetreuung! Das Personal für die Nachbetreuung muss anästhesiologisch ausgebildet sein und muss von dem Anästhesisten gestellt werden!
  - Sicherstellung des Notfallmanagements für Narkosezwischenfälle durch den Anästhesisten!
  - Anfertigung eines gemeinsamen Protokolls vor OP durch Zahnarzt und Anästhesist über sufficienten Zustand des Equipment sowie der Fachkenntnis des Personals; weiterhin intra-

operatives und postoperatives Protokoll (Operationsbericht) jeweils einzeln von Zahnarzt und Anästhesist für den eigenen Fachbereich!

- Ausführliche schriftliche und mündliche Aufklärung des Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten mit entsprechendem zeitlichem Vorlauf, nicht erst am Eingriffstag! Die Aufklärung hat sowohl durch den Zahnarzt als auch den Anästhesisten gesondert für das jeweilige Fachgebiet zu erfolgen. Das gleiche gilt für eine anamnestiche Abklärung von möglichen Risiken und Vorerkrankungen, die bei Eingriffen in zentraler Sedierung von noch größerer Bedeutung sind als bei der sonst in der zahnärztlichen Praxis durchgeführten lokalen Anästhesie. Zu dieser Abklärung gehört nicht nur eine Anamnese durch den beim Eingriff tätigen und nachversorgenden Anästhesisten, sondern ggf. auch Anfragen und Untersuchungen bei den den Patienten betreuenden Fachärzten. Im Zweifelsfall Überweisung zur stationären Behandlung!
- Grobe Behandlungsfehler werden schnell zu strafrechtlich geahndeten, von der Kriminalpolizei untersuchten Fehlern. Deswegen ist ein erweiterter Strafrechtsschutz im Rahmen der Berufshaftpflicht sinnvoll!

Der DZT-Fortbildungsstammtisch endete mit großem Applaus, der die außerordentliche Fachkenntnis der Referenten würdigte. Damit verbunden waren aber auch bei vielen Anwesenden Respektsbekundungen vor der so vermeintlich bequemen Behandlungsweise in ITN, die schnell in einer fachlichen und menschlichen Katastrophe enden kann, wenn – vielleicht auch in Verbindung mit nicht vorhersehbaren unglücklichen Umständen – oben genannte Kernpunkte missachtet werden.

Dr. Harm Blazejak