

Legal Affairs

Special Articles

K. Ulsenheimer
Rechtsanwalt, München

WHO-Sicherheitskonzept – Ist Verantwortung teilbar?*

I.

Menschliches Versagen und technische Fehler sind in der perioperativen Medizin neben den patientenimmanenten Risikofaktoren die größten Gefahrenquellen für die Sicherheit des Patienten. Wenngleich menschliche Irrtümer, Konzentrationsschwächen, Mängel an Zuverlässigkeit und Qualifikation nicht vollständig zu vermeiden sind, lassen sich solche Risiken doch deutlich mindern. Dies zeigt ein Vergleich der Mortalitätsstatistik der Luftfahrt und der Anästhesie.¹

Es wundert deshalb nicht, dass die Sicherheitskonzepte der Luftfahrt in der Medizin einen hohen Stellenwert genießen und auf ihre Übertragbarkeit geprüft werden oder als Impulsgeber für die Gewährleistung und Erhöhung der Patientensicherheit dienen. Denn die Vermeidung tödlicher oder mit schwerwiegenden Schadensfolgen einhergehender Zwischenfälle ist nicht nur das erklärte Ziel der medizinischen Fachdisziplinen, sondern auch eine Grundforderung der Haftungsrechtsprechung: Absolute Priorität vor allen anderen Aspekten haben Schutz und Sicherheit des Patienten,² sein Wohl ist „oberstes Gebot und Richtschnur“ für ärztliches Handeln, heißt es in den einschlägigen Gerichtsurteilen immer wieder.

Deshalb versucht man allenthalben, Qualitäts- und Risikomanagement-Konzepte in den Kliniken, Ambulatorien und Praxen einzuführen. Zentrale Fragen sind dabei: Wie können Arbeitsabläufe

optimal strukturiert und standardisiert werden? Wer ist wofür verantwortlich? Welche Schnittstellen sind zu berücksichtigen? Konkrete Beispiele für Sicherheitsmaßnahmen sind „das Patientenarmband, die präoperative Checkliste und die Farbcodierung von Zuleitungen, um Verwechslungen bei der Gabe von Medikamenten zu verhindern“.³ Gerade für das Querschnittsfach Anästhesie, das mit vielen Fachgebieten zusammenarbeitet, ist die bestmögliche sichere Gestaltung der Abläufe „rund um die Operation“ von besonderer Bedeutung.

Auch die Weltgesundheitsorganisation hat sich mit der „World Alliance for Patient Safety“ dieser Zielsetzung verschrieben und unterstützt die Initiative „Safe Surgery saves Lives“, die die Zahl der Todesfälle bei chirurgischen Eingriffen („surgical deaths“) überall in der Welt absenken will. Dazu hat die WHO im Juni 2008 eine 19 Punkte umfassende Sicherheits-Checkliste publiziert, die – ähnlich wie vor dem Start eines Flugzeugs – in drei zeitlichen Abschnitten – vor der Narkoseeinleitung, vor dem ersten Schnitt und vor Verlassen des OP-Saales – stichpunktartig alles überprüft, was die Sicherheit des Patienten gefährden könnte. Laut einer im New England Journal of Medicine im Januar 2009 veröffentlichten Studie wurde durch die Checkliste bei Tests in 8 Ländern die

Zahl der Operations-Komplikationen um ein Drittel gesenkt.⁴

Diese „Surgical Safety Checklist“ hat jedoch – dies zeigen zahlreiche Anfragen beim Berufsverband Deutscher Anästhesisten und die Diskussionen in den Kliniken – bei der Umsetzung unter Anästhesisten zum Teil zu Irritationen geführt und Kritik und Einwendungen ausgelöst. So wurde z.B. die Auffassung vertreten, die Checkliste verschiebe im vom Anästhesisten auszufüllenden Part die Verantwortung für die gesamten entscheidenden Fragen auf den Anästhesisten. Die Checkliste wurde so verstanden, als ob der Anästhesist neben der Patientenidentität und der geplanten Operation auch zu prüfen habe, ob das Einverständnis des Patienten nicht nur zur Anästhesie, sondern auch zum operativen Eingriff vorliegt. Auch wurde moniert, der Anästhesist habe nach der Checkliste präoperativ abzufragen, ob eine Antibiotika-Prophylaxe erforderlich sei, was jedoch eindeutig zur chirurgischen Indikationsstellung gehöre. Im Übrigen meinte man, die Checkliste verlange vom Anästhesisten auch, den präoperativen Blutverlust vorab einzuschätzen. Die Kritiker schlossen daraus, dass essentielle Verantwortlichkeiten auf den Anästhesisten übertragen werden sollten. Das Unbehagen mit der Checkliste ging so weit, dass Mitarbeiter zum

* Vortrag, gehalten am 20.06.2010 auf dem Deutschen Anästhesiecongress Nürnberg

¹ Bei 20 Mio. Fluggästen pro Jahr wurden 125 Todesopfer registriert, während von gleichviel anästhesierten Patienten 3.000 bis 4.000 starben. Cooper et al. *Anaesthesiology* 56 (1982), 456

² BGH NJW 1984, 655, 657; 1999, 1779, 1781

³ Klinikum (Großhadern) aktuell, S. 6, Heft 2, 2010

Teil angewiesen wurden, diese Formulare nicht auszufüllen, weil man anästhesiologischerseits die Verantwortung für Aufgaben, die in das Fachgebiet Chirurgie fielen, nicht übernehmen könne und wolle.

II.

Die Bedenken, die in diesen Äußerungen und Reaktionen sichtbar werden, sind jedoch unbegründet. Um dies deutlich zu machen, ist ein kurzer Rückblick auf die Entwicklung der Grundprinzipien des arbeitsteiligen Zusammenwirkens von Operateur und Anästhesist notwendig.

1. Die Antwort auf die Frage, ob Verantwortung im medizinischen Bereich, insbesondere peri- und intraoperativ teilbar ist, hat in den letzten 50 Jahren aus rechtlicher Sicht einen tiefgreifenden Wandel erlebt. Der berühmte Chirurg Prof. K. H. Bauer aus Heidelberg schrieb 1955 über das Zusammenwirken von Operateur und Anästhesist:

„Anästhesist und Operateur können sich nicht in den Kranken teilen, denn der Kranke ist ein Individuum, d.h. ein Unteilbares, und wenn Zwischenfälle sich ereignen, so sind Narkose, Alter, Krankheit, Konstitution, Begleitschäden und Operationen wechselseitig miteinander verfilzt. Die Verantwortung ist also nicht teilbar, sie kann nur gemeinsam getragen werden.“

Im Rahmen dieser Gemeinschaftsaufgabe galt die „klassische“, in der Tradition verwurzelte Auffassung, dass der Chirurg – im Verhältnis zum Anästhesisten – der „Alleinherrscher im Operationssaal, der „Captain of the ship“ der früheren amerikanischen Doctrin ist“.⁵ Der Jurist Engisch baute auf dieser Grundthese auf und kam in seinem für die Chirurgie 1961 erstatteten Rechtsgutachten zu dem Ergebnis, dass „ungeachtet der Berechtigung, sich in gewissen Grenzen auf den Narkosefacharzt und sein einwandfreies Funktionieren zu verlassen, vor wie während wie nach der Operation die im Interesse des dem Operateur sich anvertrauenden Patienten begründete allgemeine Sorgfaltspflicht und Verantwortlichkeit des Chirurgen

bei Bestand bleibt und *suprema lex* zu sein hat“.⁶ Die Verantwortung des Operateurs, heißt es an anderer Stelle, sei „nach der heute herrschenden rechtlichen Auffassung immer noch eine so allumfassende, dass sie ungeachtet der Geltung des Vertrauensgrundsatzes niemals in irgendeinem Sektor schlechthin entfällt. Denn „Teilung“ der Verantwortung würde bedeuten, dass es einen Bereich gibt, um den sich der Chirurg unter gar keinen Umständen zu kümmern hätte, in dem der Anästhesist ausschließlich die Verantwortung trägt. Einen solchen Bereich gibt es aber nicht“.⁷

2. Judikatur und rechtswissenschaftliches Schrifttum haben sich jedoch – angeführt durch ein Gegengutachten von Weißauer im selben Jahr – in eine andere Richtung entwickelt. An die Stelle der Unteilbarkeit der ärztlichen Verantwortung des Chirurgen hat sich „in der modernen Organisationsform eines partnerschaftlichen Zusammenwirkens von wissenschaftlich ausgebildeten Vollspezialisten“⁸ die Teilbarkeit der Verantwortungsbereiche als tragender Grundgedanke durchgesetzt. Es gilt heute – unangefochten von Ärzten und Juristen – das Prinzip der Einzel- und Eigenverantwortlichkeit jedes der Spezialisten⁹ für alle ihn jeweils zur eigenständiger Erledigung übertragenen Aufgaben und Tätigkeiten. „Wenn Operateur und Anästhesist ihre Kräfte zugunsten einer wechselseitigen Überwachung zersplittern, würde jede Form der Zusammenarbeit im OP fragwürdig und mit zusätzlichen Risiken für den Patienten verbunden“.¹⁰

Mit dem Übergang der fachlichen Zuständigkeit, für die das Weiterbildungsrecht die Grundlage ist, geht auch die rechtliche Verantwortung über. Die ärztliche Zusammenarbeit ist, wie Weissauer treffend formulierte,¹¹ ein „Teamwork“ Gleichberechtigter, wenn es um die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen geht, oder um Teamarbeit mit weisungsgebundenen Personen, wenn Beteiligte anderen Ärzten über- bzw. untergeordnet sind. Grundlage ist einerseits die medizinisch exakt umrissene Aufgabenzuweisung nach „Maßgabe von Gebietsbezeichnungen,

berufsständischen Vereinbarungen und der konkreten Rollenverteilung“,¹² andererseits die entsprechende Aufteilung der Verantwortung für den jeweiligen Fachbereich bzw. die dem einzelnen aufgrund seiner Ausbildung oder Funktion zugewiesene Tätigkeit.

Im ersteren Fall – im interdisziplinären Konzept – spricht man von der horizontalen Arbeitsteilung, die von der grundsätzlichen Weisungsfreiheit geprägt ist, im anderen Fall von der vertikalen Arbeitsteilung, die eine hierarchische Struktur aufweist mit einem Abteilungschef an der Spitze und ihm unterstehenden Ärzten gleicher Fachrichtung und nachgeordneten Pflegekräften.

3. Aus dem Prinzip der strikten – horizontalen oder vertikalen – Arbeitsteilung folgt zugleich – als Kehrseite des Grundsatzes der Eigenverantwortlichkeit –, dass jeder bei der Krankenbehandlung Mitwirkende sich darauf verlassen darf, dass der oder die anderen den ihm bzw. ihnen obliegenden Aufgabenanteil mit den dazu erforderlichen Kenntnissen und der gebotenen Sorgfalt erfüllen. Jeder an der Behandlung des Patienten, gleich in welcher Funktion, Beteiligte darf darauf vertrauen, dass der mitbeteiligte andere seine Aufgabe beherrscht und seine Verantwortung wahrnimmt. „Das Vertrauen darauf, dass der andere seine Pflicht tun werde, ist so lange nicht pflichtwidrig, als weder die für den Vertrauenden maßgebende Erfahrung noch seine besonderen Wissensmöglichkeiten ihm das Vertrauen zu erschüttern brauchen“.¹³ Mit den Worten des BGH:

„Jeder Arzt hat denjenigen Gefahren zu begegnen, die in seinem Aufgabenbereich entstehen. Solange keine

⁴ Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Mitteilungen 2010, S. 108

⁵ Weissauer, Der Anästhesist 1961, 241

⁶ Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 297 (1961), S. 254

⁷ Engisch, a.a.O., S. 252, 253

⁸ Maihofer, Archiv für klinisch-experimentelle Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde, Bd. 187, S. 534

⁹ Maihofer, a.a.O., S. 534

¹⁰ BGH NJW 1980, 649, 650

¹¹ Der Anästhesist 1962, 241

¹² OLG Oldenburg, MedR 1999, 36; BGH VersR 1990, 242 f

offensichtlichen Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden, muss er sich darauf verlassen dürfen, dass auch der Kollege des anderen Fachgebiets seine Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt. Eine gegenseitige Überwachungspflicht besteht insoweit nicht“.

Dies ist der Inhalt des Vertrauensgrundsatzes, des zweiten tragenden Leitprinzips zur Abgrenzung der Verantwortlichkeit und damit zur sachgerechten Begrenzung der jeweiligen Sorgfaltspflichten.¹⁴

4. Nur ausnahmsweise dann, wenn der Partner in der konkreten Situation erkennbar seinen Aufgaben nicht gewachsen ist, z.B. infolge Trunkenheit oder Krankheit seine Aufgabe nicht mehr ordnungsgemäß erfüllen kann, oder wenn aufgrund bestimmter Anhaltspunkte „ernsthafte Zweifel“ an der sachgerechten Vorgehensweise des Kollegen erkennbar sind, ist der Vertrauensgrundsatz aufgehoben.¹⁵ An die Stelle der grundsätzlichen Eigenverantwortung jedes Beteiligten für seinen Teilbereich tritt dann für den Arzt in solchen Ausnahmesituationen die Gesamtverantwortung für das Ganze. Denn in derartigen extremen Ausnahmefällen bleibt natürlich jeder Arzt – unabhängig von seiner jeweiligen Fachkompetenz und Aufgabenstellung – aufgrund seiner Verantwortung dem Patienten gegenüber, soweit möglich, verpflichtet, den diesem aus einer offenkundigen bzw. erkennbaren Fehlleistung seines Kollegen drohenden Schaden abzuwenden. Hier endet das berechnete Vertrauen, und die eigene Pflichtverletzung beginnt. Dabei ist die Geltung des Vertrauensschutzes umso eher eingeschränkt, je größer das Risiko eines Behandlungsfehlers und die daraus resultierende Gefährdung des Patienten ist“.

5. Der Vertrauensgrundsatz bedarf ferner dort einer Einschränkung, wo „das besondere Risiko der Heilmaßnahmen gerade aus dem Zusammenwirken zweier verschiedener Fachrichtungen und einer Unverträglichkeit der von ihnen verwendeten Methoden oder Instrumente“¹⁶ folgt. Wenn beispielsweise der Operateur zum Stillen von Blutungen ei-

nen Thermokauter einsetzt, um verletzte Gefäße durch Erhitzung zu verschließen, der Anästhesist seinerseits aber eine Ketanest-Narkose mit reinem Sauerstoff in hoher Konzentration durchführt und es dadurch während des Kauterns zu einer heftigen Flammenentwicklung mit Verbrennungsfolgen für den Patienten kommt, so ist zwar nicht das jeweilige operative bzw. anästhesiologische Vorgehen zu bemängeln, wohl aber die mangelnde Abstimmung beider Ärzte untereinander. Deshalb betont der BGH zurecht: Da das Wohl des Patienten oberstes Gebot und Richtschnur ist, muss für die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ärzten der Grundsatz gelten, dass diese „den spezifischen Gefahren der Arbeitsteilung entgegenwirken müssen und es deshalb bei Beteiligung mehrerer einer Koordination der beabsichtigten Maßnahmen bedarf, um zum Schutze des Patienten einer etwaigen Unverträglichkeit verschiedener von den Fachrichtungen eingesetzter Methoden oder Instrumente vorzubeugen“.¹⁷ Aus dem arbeitsteiligen Zusammenwirken folgt also die Verpflichtung zur gegenseitigen Information und Abstimmung, um vermeidbare Risiken für den Patienten auszuschließen.

III.

Bedeutung der Checkliste für die Grundsätze der Arbeitsteilung

1. An diesen Leitkriterien hat die WHO-Checkliste nichts geändert. Im Gegensatz zu manch unrichtiger Interpretation oder Befürchtung werden durch diese Liste keine Aufgaben von der Chirurgie auf die Anästhesie verschoben, z.B. die Klärung der Frage, ob das Einverständnis des Patienten zur Operation vorliegt, an welcher Stelle diese durchzuführen ist, ob präoperativ eine Antibiotika-Prophylaxe erforderlich ist oder wie hoch der zu erwartende Blutverlust sein wird. Die Beantwortung dieser Fragen gehört fachlich zweifellos in das Gebiet des Chirurgen und damit ist auch seine rechtliche Verantwortlichkeit gegeben. Die Checkliste, der es um die Verbesserung der Patientensicherheit geht, weist ausdrücklich keine Einzel-Zuständigkeiten

aus, richtet sich nicht an den Chirurgen oder Anästhesisten, sondern richtet sich an das „Operating Team“, das alle an der Operation vorbereitend, durchführend oder nachbereitend tätigen Personen umfasst, von denen jeder seinen Teil zum Gelingen des Eingriffs beizutragen hat. Dazu gehören die Operateure, Anästhesisten, OP-Schwwestern, Techniker und „other operating room personnel involved in surgery“.

2. Deshalb lässt es die Checkliste offen, wer die „Kästchen“ ausfüllen muss, d.h. die Fragen der drei Phasen „sign in“, vor Beginn der Anästhesie, „time out“, vor dem Hautschnitt und „sign out“, d.h. nach dem Wundverschluss beantwortet. Verlangt wird nur, dass vor Beginn der Phase 1 eine (einzige) Person („single person“) benannt und für die Prüfung der Kontrollfragen verantwortlich gemacht wird. Wer dieser sog. „Checklist coordinator“ sein muss oder sein soll, bleibt offen, ebenso, wer ihn oder sie ernennen muss, z.B. der OP-Manager, die Verwaltung oder einer der Chefärzte. Der Koordinator wird oftmals „a circulating nurse“, also ein Mitglied des Assistenzpersonals sein, aber es kann auch irgendeine andere im medizinischen Bereich der Klinik tätige Person diese Funktion ausüben. Einzige Voraussetzung ist die Teilnahme an der Operation, also Mitglied des Operationsteams zu sein.

3. Die Verantwortung, die hier auf den Checklistekoordinator übertragen wird, ist eine rein formale, eine Art „notarielle“ Tätigkeit: Er fragt die einzelnen Punkte der Checkliste ab und bestätigt die Antwort durch ein Zeichen. Die sachliche Richtigkeit der Antworten prüft er dagegen nicht nach, sondern nur, ob die Fragen gestellt und welche vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ja/nein oder sonstigen Angaben angekreuzt werden. Die Frage nach der OP-Einwilligung z.B. sieht nur ein Ankreuzen oder Leerbleiben des Kästchens vor; die Frage nach der Antibiotikaprophylaxe kennt

¹³ E. Schmidt, Der Arzt im Strafrecht, 1939, S. 193

¹⁴ Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 3. Aufl. 2003, Rdnr. 144 ff

¹⁵ BGHSt 3, 91, 96; 43, 306, 310

¹⁶ BGH NJW 1999, 1780, 1781

¹⁷ BGH NJW 1999, 1780, 1781

dagegen drei Alternativen (ja, nicht zutreffend, nicht erforderlich). Je nach Antwort desjenigen, der dafür sachlich zuständig ist, erfolgt der Eintrag seitens des Koordinators, ohne Pflicht zur Kontrolle, Rückfragen oder Modifikationen. Der Checklist-Koordinator hat nur die Aufgabe und damit Verantwortung eines Protokollanten, der bestimmte vorgegebene Fragen stellt und vermerkt, dass eine der möglichen, vorgegebenen Antworten erfolgt ist.

4. Vor dem Eintritt in die Phase 2 müssen alle in der linken Spalte formulierten Fragen der Phase 1 ein Häkchen haben, also erledigt sein, erst dann gibt der Koordinator die Erlaubnis zum Fortgang der Operation. Von dieser „Freigabe“ und damit einem Formalakt des „Kontrolleurs“ hängt es ab, ob die Operation fortgesetzt werden darf. Er entscheidet also über den Ablauf der Operation, allerdings nur insoweit, als er prüft, ob die Fragen des jeweiligen vorangehenden zeitlichen Abschnitts „abgearbeitet“ wurden. Welche Konsequenzen sich aus den Antworten für den Patienten aus medizinischer Sicht ergeben, ist von ihm nicht zu prüfen und ggf. anzuordnen. Eigene Sachkompetenz hat er nicht. Die Frage nach dem Blutverlust über 500 ml kann mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Wer innerhalb des Operationsteams sachlich für die Beantwortung zuständig ist, bleibt in der Checkliste offen. Darüber wird nichts ausgesagt, sondern nur, dass das entsprechende Kästchen „ja/nein“ ausgefüllt ist. Es wird auch nicht vermerkt, wer die Antwort gegeben hat, auf welche Unterlagen er sich dabei stützte und ob er überhaupt für die von ihm abgegebene Erklärung zuständig war. In den Gebrauchshinweisen zur Checkliste findet sich lediglich die Anmerkung, dass „ideally“, also idealerweise der Chirurg die Fragen der sign-in-Spalte insoweit beantwortet, als es um Blutverlust, Allergien und andere Risikofaktoren des Patienten geht, da er für diese Aspekte klarere Vorstellungen habe - aber die Anwesenheit des Chirurgen während des Ausfüllens dieser Fragen und dieser Phase ist „not essential“, also nicht unbedingt notwendig, die Antwort kann somit auch von einem anderen OP-Team-Mitglied gegeben werden.

5. Daraus folgt: Die grundlegende Zuständigkeits- und damit auch Verantwortungsabgrenzung zwischen Chirurg, Anästhesist und nachgeordnetem OP-Personal bleibt von der WHO-Checkliste selbst gänzlich unberührt. Die hier dargestellten Grundsätze der interdisziplinären (bzw. vertikalen) Zusammenarbeit gelten, wenn zwischen den Beteiligten nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart ist, als unbestrittene, von allen Angehörigen des OP-Teams anerkannte Basis ihrer Maßnahmen. Neu geregelt ist lediglich die Funktion des Checklist-Koordinators. Wer hierfür aus dem Mitarbeiterstab einer Klinik im Medizinbereich am geeignetsten ist, gilt es sorgfältig abzuwägen, da die Aufgabe sehr anspruchsvoll und verantwortungsvoll ist, andererseits aber auch durch die herausgehobene Stellung, die Prüferfunktion, andere Mitglieder des OP-Teams befremden bzw. irritieren kann.

6. Die WHO-Checkliste lässt ausdrücklich Freiraum für individuelle Lösungen und Anpassung an die vor Ort gegebenen Umstände. Vorhandene Sicherheitskonzepte sollen nicht abgeschafft und durch die WHO-Checkliste ersetzt werden, vielmehr gilt es, diese in die vorhandenen Arbeitsabläufe zu integrieren. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass die in einem Krankenhaus gewachsenen und bewährten Strukturen nicht unter Berufung auf die – falsch verstandene – WHO-Checkliste beschädigt werden und durch die Schaffung der neuen Position eines Checklist-Koordinators das austarierte Gleichgewicht der Kompetenzen und Verantwortungsbereiche bei einer Operation ins Wanken gebracht wird. Weder darf dem Chirurgen die Kontrolle des Anästhesisten noch diesem die Prüfung chirurgischer Sachfragen auferlegt werden. Die Grundkonzeption der Weisungsfreiheit im Bereich der horizontalen Arbeitsteilung muss ebenso unangetastet bleiben wie die hierarchische Struktur im Fall der vertikalen Arbeitsteilung. Auch wenn eine „circulating nurse“ als Koordinator der Sicherheitscheckliste eingesetzt ist, bleibt sie doch im übrigen weisungsabhängig von Operateur und Anästhesist. Lediglich die Kontrolle und Protokollierung der Checkliste erfolgt in eigener rechtlicher Verantwortung. Ab-

gesehen von dieser neu geschaffenen Position, die jedes Mitglied des OP-Teams übernehmen kann, sind die fachlichen Aufgaben, Aufsichts- und Organisationspflichten von Operateur, Anästhesist und Assistenzpersonal durch die WHO-Liste im OP-Saal nicht tangiert und haben weder einen Zuwachs noch eine Minderung an Verantwortung erfahren.

IV.

Schluss-Zusammenfassung

Die WHO-Checkliste trägt zwar den Namen „surgical safety checklist“ und wurde von Chirurgen für Chirurgen entwickelt, sie nützt jedoch auch den anderen Beteiligten an der Operation. Es sei hier nur an den bekannten Fall der „Kasseler Lunge“ erinnert, bei dem der gesunde Lungenflügel anstelle des erkrankten entfernt wurde. Das Strafverfahren richtete sich gegen den Chirurgen und den Anästhesisten, bis geklärt war, dass die Wahl der richtigen OP-Stelle ausschließlich in den Zuständigkeits- und damit Verantwortungsbereich des Chirurgen gehört. Die Prüfung der Frage „site“ (welche Seite) kann solche Verfahren für beide Fachgebiete verhindern. Insofern bewirkt die Checkliste keine Verschiebung, keine Überwälzung von Aufgaben der Chirurgie auf die Anästhesie, sondern die Kontrolle elementarer Sicherheitsbedingungen zugunsten des Patienten unter Beibehaltung der Grundprinzipien der Arbeitsteilung und exakten Aufgabenzuweisung, zu denen die Teilbarkeit der Verantwortung gehört.

Korrespondenz- adresse

Prof. Dr. iur.
Dr. rer. pol.
Klaus Ulsenheimer



Maximiliansplatz 12
80333 München, Deutschland

Tel.: 089 242081-0
Fax: 089 242081-19

E-Mail: Ulsenheimer@uls-frie.de