

01.04.2010 BDC|Spektrum

## Wie der BDC zu seinem ersten Juristen kam

W. Weißbauer



© iStock/noipornpan

Autobiographien sollten bedeutenden Menschen vorbehalten sein. Autobiographisches ist aber zwangsläufig eingefordert, wenn sich der Präsident des Berufsverbands einen Beitrag zu diesem Thema von eben diesem ersten Juristen wünscht.

Mein Weg zum BDC, soviel voraus, verlief sehr viel eher paradox als geradlinig. Mit dem Medizinrecht – als Hobby – befasste ich mich im Kontakt mit der Bayerischen Landesärztekammer seit 1953 recht intensiv, vor allem mit der Neugestaltung der ärztlichen Berufs- und Weiterbildungsordnung. Hauptberuflich war ich im Justizministerium in

München auf das Öffentliche Recht spezialisiert, mit den Schwerpunkten Verfassungsrecht und Gesetzgebung.

Im Oktober 1961 klingelte mein Telefon. Frau Dr. Charlotte Lehmann stellte sich als leitende Anästhesistin des Krankenhauses rechts der Isar vor; sie hatte vor wenigen Monaten den Berufsverband der Anästhesisten gegründet. Schnell und mit leiser Stimme, aber ebenso eindringlich wie präzise, skizzierte sie die Problematik der Zusammenarbeit von Anästhesisten und Chirurgen am Operationstisch. Die Anästhesie sei seit 1953 als selbstständiges Fachgebiet anerkannt. Gleichwohl vertrete die Chirurgie die Auffassung, dass dem Operateur wegen seiner Gesamtverantwortung für den Eingriff und für seinen Patienten, auch gegenüber dem Facharzt für Anästhesie ein fachliches Weisungsrecht zustehe. Diese Grundthese, die dem Operateur die Prädominanz gegenüber dem Anästhesisten einräume und diesem die Rolle des Erfüllungsgehilfen zuweise, habe Professor Engisch, Ordinarius für Strafrecht und namhafter Arztrechtler, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in einem Rechtsgutachten bestätigt.

Trotz aller Bemühungen sei es ihr nicht gelungen, einen juristischen Ordinarius für ein Gegengutachten zu gewinnen. Ein Geschäftsführer der Bayerischen Landesärztekammer, den sie um Rat fragte, habe sie an mich verwiesen; ich könne das Gegengutachten genauso gut erstellen, wie jeder juristische Ordinarius und am Mut, diese Aufgabe zu übernehmen, würde es mir nicht fehlen.

Es bedurfte keiner Überredung; dem Reiz, mich an Problemen zu versuchen, die mir als schwer lösbar oder als unlösbar avisiert wurden, konnte ich noch nie widerstehen.

Zudem schien es mir schon prima vista als sicher, dass der Interessenkonflikt zwischen Chirurgen und Anästhesisten nicht auf der Basis hierarchischer Strukturen und im System der vertikalen Arbeitsteilung gelöst werden kann, die innerhalb der Fachabteilungen/Kliniken und des chirurgischen Operationsteams gilt. Fachliche Weisungsrechte zwischen den Vertretern verschiedener Fachgebiete widersprechen dem Prinzip der Spezialisierung, auf dem zum guten Teil auch der medizinische Fortschritt beruht.

Ich bat Frau Dr. Lehmann um Literatur, insbesondere auch zur Theorie und Praxis der Länder, die uns in der Entwicklung der Anästhesie zum selbstständigen Fachgebiet zum Teil um mehrere Jahrzehnte voraus waren und um die Beratung in medizinischen Fachfragen, die sich bei der Erarbeitung des Gutachtens stellen konnten. Sollte ich bei objektiver Prüfung der Sach- und Rechtslage zu dem Ergebnis kommen, dass die Thesen von der Prädominanz des Operateurs und seinem fachlichen Weisungsrecht zutreffen, so würde ich sie darüber informieren und das Material zurückgeben.

Auch wenn mir die Lösung des Problems nicht schwierig erschien, hätte ich wohl „nein“ gesagt, wenn ich mir realistische Vorstellungen gemacht hätte, welche Mühe und welchen Zeitaufwand es erforderte, den Interessenkonflikt bei der intraoperativen Kooperation von Chirurgen und Anästhesisten in allen seinen Facetten zu erfassen, das Für und Wider der Lösungsmöglichkeiten abzuwägen sowie die Argumente gegen meinen Lösungsvorschlag möglichst umfassend darzustellen und zu widerlegen.

Nicht in den Sinn kam mir, dass die Erstattung des Gegengutachtens Mut erfordern könnte. In alten Zeiten galt die Sentenz, die Deutschen seien mutig im Krieg, es mangle ihnen aber an Zivilcourage. Ob der erste Teil dieser Sentenz noch zutrifft, vermag ich angesichts unseres 65-jährigen Friedens nicht abzuschätzen, den Mangel an Zivilcourage beim Vertreten der eigenen Meinung habe ich aber oft genug erlebt, wobei ich mir nahezu stets die Frage stellte, wieso und inwiefern in der konkreten Situation Zivilcourage denn überhaupt erforderlich wäre. Gestehen muss ich freilich, dass mir bei der Arbeit am Gegengutachten gelegentlich durch den Kopf ging, in wessen chirurgische Hände ich mich nach seiner Veröffentlichung denn noch begeben könnte.

Selbst diese Überlegung erwies sich als illusorisch. Nach gut drei Monaten lieferte ich das Gegengutachten ab; es wurde im Juliheft 1962 der Zeitschrift „Der Anästhesist“ veröffentlicht. Zu meiner Verblüffung kam es jedoch zu keiner für mich erkennbaren Reaktion der Chirurgen. Die anästhesiologischen Verbände übersandten, offenbar selbst von dieser Windstille überrascht, einen Sonderdruck des Gegengutachtens Herrn Professor Engisch. Seine Erwiderung „es handle sich um eine sehr bemerkenswerte Arbeit, zu der sich Vieles sagen ließe, Einiges auch dagegen, er könne sich wegen seiner hohen Arbeitsbelastung nicht erneut zu diesem Thema äußern“, ist mir wegen ihrer Noblesse nahezu wörtlich in Erinnerung geblieben.

Recht besehen, deutete diese Erwiderung bereits das Ende des Meinungsstreits an. Im November 1964 vereinbarten die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie „Richtlinien für die Stellung der leitenden Anästhesisten“. Sie enthalten in Nr. 1.2 der „Allgemeinen Grundsätze“ zwei Feststellungen, die mit den essentiellen Aussagen meines Gutachtens übereinstimmen: „Der Fachanästhesist trägt in seinem Aufgabenbereich die volle ärztliche und juristische Verantwortung. Daher steht ihm auch die gleiche Selbstständigkeit wie anderen Fachvertretern zu.“

Als ich im Jahre 1967 Herrn Professor Müller-Osten auf einer Tagung begegnete, meinte er, ich hätte die Chirurgen mit meinem Gegengutachten „ganz schön in die Pfanne gehauen“. Er hätte es nicht für möglich gehalten, dass dies

jemand wagen würde. Zum Ausgleich könnte ich nun doch aber auch etwas für den Berufsverband der Deutschen Chirurgen tun.

Ich bat mir Bedenkzeit aus, um ein solches Engagement mit den Anästhesisten zu besprechen. Es stieß dort auf wenig Gegenliebe, nicht zuletzt angesichts der permanenten Auseinandersetzungen zwischen den beiden Fachgebieten, sowohl in Grundsatzfragen, als auch auf lokaler Ebene. Ich hielt dem entgegen, dass es mir als ehrlichem Makler doch möglich sein müsste, für beide Seiten tragbare Kompromisse in den Grundsatzfragen zu finden und mit Hilfe beider Verbände lokale Streitigkeiten zu schlichten.

Ich sagte Herrn Professor Müller-Osten zu, wurde damit der erste Jurist des BDC und blieb dies drei Jahrzehnte lang. Ich wurde dadurch nicht vom Saulus zum Paulus; mein Gegengutachten war kein Gutachten gegen die Chirurgen, deren Arbeit ich aus eigener Erfahrung in Krieg und Frieden seit jeher höchste Anerkennung zolle. Meine Thesen von der strikten Arbeitsteilung und von der vollen ärztlichen und rechtlichen Eigenverantwortung der beiden Partner am Operationstisch jeweils nur für ihre Bereiche, bedeutete primär und vor allem anderen eine Entlastung des Chirurgen, die es ihm erlaubt, sich voll auf seine Arbeit am Operationstisch zu konzentrieren.

Wer aus einer Gesamtverantwortung des Operators fachliche Weisungsrechte gegenüber dem Anästhesisten herleiten will, müsste diese zunächst nach Art und Umfang präzisieren und akzeptieren, dass mit diesen Weisungsrechten notwendig Weisungs- und Kontrollpflichten korrespondieren, die bei jedem folgeschweren anästhesiologischen Zwischenfall zur forensischen Prüfung zwingen, ob der Operator diesen Pflichten nachgekommen ist.

Es gelang uns in den Jahrzehnten, in denen ich mit beiden Fachgebieten eng verbunden war, mit einer Reihe detaillierter interdisziplinärer Vereinbarungen die Aufgabenteilung zu präzisieren, um das Risiko positiver und negativer Kompetenzkonflikte immer weiter zu reduzieren. Verhängnisvoll für den Patienten sind vor allem die unerkannten negativen Kompetenzkonflikte, bei denen Operator und Anästhesist jeweils davon ausgehen, die notwendige medizinische Maßnahme gehöre zum Aufgabenbereich des Partners. Unsere Vereinbarung über die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde, je nach den Bedürfnissen der einzelnen Fachgebiete modifiziert, nahezu von allen operativ tätigen Fächern übernommen.

Es waren bewegte Jahrzehnte, in denen sich u. a. die operative Intensivmedizin, die Transplantationschirurgie, die minimal-invasive Chirurgie und die Transfusionsmedizin entwickelten. Dieser medizinische Fortschritt stellte uns vor eine Fülle rechtlicher und organisatorischer Probleme, so z. B. in der Intensivmedizin vor die Frage der passiven Sterbehilfe durch Beendigung der Beatmung und in der Transfusionsmedizin vor die Frage, wie der Chirurg bei der Versagung der Einwilligung in die Bluttransfusion durch die Zeugen Jehovas verfahren soll.

Die größten Sorgen machte uns jedoch die paradoxe Entwicklung der Medizin und des Haftungsrechts. Während die Fortschritte der Medizin die Heilungschancen unablässig erweiterten und die medizinischen Risiken zum Teil geradezu drastisch reduzierten, stieg die Zahl der strafrechtlichen Ermittlungsverfahren sowie die Zahl und Höhe der Schadensersatzansprüche gegen Chirurgen und Anästhesisten unaufhaltsam an.

Der Schwerpunkt der Arbeit der Berufsverbände, aber auch ein Schwerpunkt der Aufgaben der wissenschaftlichen Gesellschaften ist es, dieser Entwicklung durch eine systematische Qualitätssicherung, nicht zuletzt auch im organisatorischen Bereich, entgegenzusteuern und alle Möglichkeiten der Risikovorsorge auszuschöpfen.

Um nur ein wichtiges Beispiel zu nennen: Im Rahmen dieser Aktivitäten ist es uns, in enger Zusammenarbeit der beiden Berufsverbände und mit der Einbeziehung mehrerer anderer operativ tätiger Fächer gelungen, eine effiziente Strafrechtsschutzversicherung für alle Mitglieder der beteiligten Berufsverbände zu günstigen Konditionen aufzubauen sowie mit Professor Ulsenheimer den Mitgliedern der Verbände einen hochrangigen, auf Arztrecht spezialisierten Verteidiger zur Verfügung zu stellen.

Als eines der größten und schwierigsten forensischen Probleme erwies sich die Haftung des Arztes für Aufklärungsmängel. Bei seiner pragmatischen Lösung durch eine Kombination der mündlichen mit einer umfassenden schriftlichen Aufklärung, unterstützten mich die beiden Berufsverbände mit aller Entschiedenheit. Entgegen manchen Unkenrufen hat sich dieses System einer Stufenaufklärung als äußerst effizient erwiesen. Rund 40 Millionen ärztliche Interventionen im Gesamtbereich der Medizin werden zur Zeit jährlich mit Hilfe dieses Systems durchgeführt.

Die Jahrzehnte der Arbeit für die operative Medizin haben mein Leben geprägt. Lange hatte ich geschwankt, ob ich Medizin oder Jura studieren solle. Mit meinem Engagement für die operative Medizin und zeitlich darüber hinaus durch die langjährige Zusammenarbeit mit rund 220 ärztlichen Spezialisten aus einer Vielzahl ärztlicher Fachgebiete im System der Stufenaufklärung, war es mir vergönnt, beide Bereiche in meinen Lebenslauf einzubinden.

Und was vielleicht noch wichtiger ist: Durch meine Arbeit in der Medizin habe ich gute Freunde, vor allem auch in der Chirurgie gewonnen. Harte Auseinandersetzungen, die bleibende Blessuren hinterlassen hätten, blieben mir erspart.

Bedanken darf ich mich bei den vielen Chirurgen, die mich bei meiner Arbeit mit Rat und Tat unterstützten, nicht zuletzt beim amtierenden Präsidenten des BDC, Herrn Professor Polonius. Danken darf ich aber vor allem Herrn Professor Müller-Osten (postum) und meinem Freund, Herrn Professor Hempel, die ich in ihrem Amt als Präsidenten des Berufsverbandes begleiten durfte.

## Autor des Artikels



**Prof. Dr. med. h. c. Walther Weißauer**

BDC-Ehrenmitglied