# Fall des Monats – Quartal 4/2026

## CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

**Der Fall:**[1] **Zeitweilig kritischer Ressourcenmangel bei parallelen Notfällen**
**Zuständiges Fachgebiet:** Anästhesiologie
**Wo ist das Ereignis eingetreten?** Krankenhaus – OP
**Tag des berichteten Ereignisses:** Wochentag
**Versorgungsart:** Routinebetrieb
**Fallbeschreibung:**
Routinebetrieb im OP mit zu dieser Zeit fünf gleichzeitig laufenden Sälen, besetzt mit Weiterbildungsassistenten und Fachärzten unterschiedlichen Ausbildungsstandes. Ein Oberarzt steht als Saalaufsicht zur Verfügung.
Im nicht ärztlich besetzten Aufwachraum verschlechterte sich der Zustand eines Patienten, so dass der Oberarzt die Aufnahme auf Intensivstation veranlasste. Zur Verlegung musste einer der Fachärzte aus einem Saal abgezogen werden. Die dafür geschätzte Abwesenheit betrug mindestens 20 Minuten.
Der Oberarzt ging nun selbst in den Saal, beorderte zur eigenen Ablösung einen Weiterbildungsassistenten aus der Prämedikationsambulanz mit der expliziten Anweisung "Lösen sie mich schnellstmöglich ab" in den OP.
Im besagten Saal lief ein laparoskopischer Eingriff, das Kapnoperitoneum war angelegt, der Patient entsprechend gelagert, Beatmung, Narkose und Kreislauf waren regelgerecht, Komplikationen traten bislang nicht auf und waren auch nicht zu befürchten. Gleichzeitig war ein dem Oberarzt als fähig und zuverlässig bekannter PJ-Studierender im Saal.
Kurz nach Übernahme erreichte den Oberarzt ein Notruf des Facharztes, dass der Patient im Aufwachraum nun reanimationspflichtig geworden sei und er sofort Hilfe benötige.
Nach situationsbedingt kurzer Abwägung aller Optionen hielt er es für vertretbar, den PJ-Studierenden zusammen mit einer Fachpflegekraft bis zum zeitnahen Eintreffen des Weiterbildungsassistenten aus der Prämedikationsambulanz im Saal alleine zu lassen und im Aufwachraum zu Hilfe zu eilen.
Kurz nach Verlassen des Oberarztes kam es jedoch auch im Saal zu einer Komplikation: Es wurde ein arterielles Gefäß perforiert, eine laparoskopische Blutstillung gelang nicht, so dass dringend laparotomiert werden musste. Zu diesem Zweck musste der Patient entlagert werden. Die Fachpflegekraft teilte den Operateuren mit, dass sie hierzu keine Kompetenz habe. Daraufhin wurde seitens der Chirurgen auf den PJ-Studierenden Druck ausgeübt. Der PJ-Studierende versuchte zunächst vergeblich, telefonisch den Oberarzt zu erreichen. Dann schickte er die Pflegekraft los, um irgendjemanden zur Hilfe zu holen. Dem PJ-Studierenden wurde inzwischen in deutlichen Worten klar gemacht, dass der Patient akut zu verbluten drohe. Er entschied sich daraufhin eigenmächtig, die Lagerung auf Wunsch der Operateure anzupassen. Die durch Flachlagerung und Auflösung des

[1] Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

Kapnoperitoneums notwendigen Veränderungen der Beatmung setzte er passend um. Mit Akrinorboli sowie der Infusion einer zweiten kristalloiden Infusionslösung versuchte er, der Kreislaufsituation Herr zu werden.
Letztendlich konnte er die kritische Zeit bis zum Eintreffen eines durch die Pflegekraft im Pausenraum gerade Pause machenden Facharztes sowie des Weiterbildungsassistenten aus der Prämedikationsambulanz adäquat überbrücken.

**Was war besonders gut?**

1. Adäquate Reaktion des überdurchschnittlich befähigten Studenten
2. Zusätzliche Hilfe konnte aus der Pause heraus schnell organisiert werden
3. Bereits als der Oberarzt den Saal übernahm, versuchte er sich durch Herbeibeordern des Kollegen aus der Prämedikationsambulanz schnell wieder verfügbar zu machen.

**Was war besonders ungünstig?**

1. Zwei parallele Notfälle
2. Ein unerwartet kritisch gewordener Patient musste über mehrere Minuten von einem PJ-Studenten alleine versorgt werden. Dies ging im Einzelfall gut, hätte aber vermutlich in der Mehrzahl der Fälle in einer Katastrophe geendet.
3. Die Abwesenheit eines Arztes aus einem laufenden Saal ist immer kritisch zu bewerten, da wie der Fall zeigt, eine zur Aufsicht abgestellte Fachpflege nicht aus eigener Entscheidung heraus handeln darf, sondern nur anhand klarer und enger Vorgaben des Arztes. Diese sahen die eingetretene Komplikation nicht voraus.

**Eigener Ratschlag (Take-Home-Message):**

Es kommt immer wieder vor, dass der saalaufsichtführende Oberarzt zu einem Notfall gerufen wird oder z.B. bei einem unerwartet schwierigen Atemweg, einem Lokalverfahren o.ä. assistieren muss und für einige Zeit nicht zur Verfügung steht.
Ereignet sich parallel hierzu ein weiterer Notfall, steht keine weitere Rückfallebene mehr zur Verfügung.

**Wie häufig tritt ein Ereignis dieser Art in Ihrer Abteilung auf?** nur dieses Mal
**Wer berichtet?** Ärztin / Arzt
**Berufserfahrung:** über 5 Jahre

## Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

In den letzten Jahren fanden in der Wahrnehmung des Autors immer häufiger Meldungen zu kritischen personellen Engpässen in der anästhesiologischen Notfallversorgung ihren Weg in CIRS AINS.

Zentrale Muster sind dabei unter anderem Ressourcenkonkurrenz zwischen geplanter und ungeplanter Versorgung, auslegungsüberschreitende Beanspruchung aufgrund von mehreren gleichzeitigen Notfällen oder auch strukturelle Unterplanung des Personalansatzes. Viele dieser Meldungen sind besorgniserregend und machen den Druck greifbar, unter dem die Anästhesiologie auch als Sachwalter von Patientensicherheit steht. In diesem Fall spielt ein PJ-Studierender eine Rolle. Er wurde wie auch in einem anderen Fall (Fallnummer 253343) in einem sog. Parallelverfahren (ein Arzt der Anästhesiologie für mehrere Säle) eingesetzt (1).

Selbst bei sorgfältiger Planung und einer verantwortungsvollen Praxis ist eine Überlastung von Ressourcen letztlich aber nicht immer abwendbar.

*Was wissen wir?*

Wir befinden uns in einem Routine-Betrieb mit fünf betriebenen Sälen und einem nicht ärztlich besetzten Aufwachraum (AWR). Eine oberärztliche Aufsicht ist als freier Facharzt verfügbar. Nun traten in enger zeitlicher Abfolge eine Verschlechterung mit folgender Wiederbelebung im Aufwachraum und eine operative Komplikation im OP ein. Damit bestand zu diesem Zeitpunkt eine kurzfristig auslegungsüberschreitende Überlastung, da die Wiederbelebung zwei Ärzte erforderte und ein Saal einige Minuten trotz eines dort zwischenzeitlich eingetretenen vitalen Notfalls ohne Arzt auskommen musste.

*Was wissen wir nicht?*

Die genauen medizinischen Umstände, der räumliche Aufbau der Operationseinheit mit AWR und Sozialräumen und der Bezug zur Prämedikationsambulanz sind uns unbekannt. Dies wäre für eine abschließende Beurteilung insbesondere unter der Frage einer „Rufweite“ von Bedeutung. Um eine wirksame Beaufsichtigung sicherzustellen, muss bei dem zur Unterstützung und Anleitung freie Facharzt die „Rufweite“ gewährleistet sein. Weiterhin sind die Anzahl der beaufsichtigten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und die Zahl der in der Prämedikation eingesetzten ärztlichen Personen unbekannt. Darüber hinaus ist unklar, ob das anästhesiologische Team im OP noch für andere Aufgaben und Notfallversorgungen (z. B. Geburtshilfe, Schockraum, interventionelle Neuroradiologie, etc.) eingeplant werden.

Nicht alle Facetten des von den Meldenden dargestellten Geschehens ergeben also ein vollständiges Bild. Es können aber viele vorhandene Anknüpfungspunkte genutzt werden, um einige interessante Fragen zu bearbeiten. Diese gehen teils über eine Bewertung der Schilderungen hinaus, sind aber für medizinisch-organisatorische Planungen von Bedeutung.

*Ganz grundsätzlich: War der qualitative und quantitative Personalansatz ausreichend?*

Die Anforderungen an einen Personalansatz im geschilderten Kontext sind nicht abschließend bewertbar.

Drei Ärzte in Weiterbildung mit einem aufsichtführenden Anästhesisten in Rufweite ist ein akzeptiertes minimales Verhältnis zur Aufrechterhaltung des Facharztstandards. Je nach Betreuungsaufwand und Eingriffsschwere kann in der Praxis auch ein höheres Verhältnis erforderlich sein. Der Ausbildungsstand der Weiterbildungsassistenten kann die Aufsichtserfordernisse im Einzelfall in jeder Richtung modifizieren, sollte aber vor allem im Hinblick auf eine positive Erwartung keine Planungsgrundlage sein.

Der Aufwachraum repräsentiert die ärztliche Verantwortung der Anästhesiologie für die unmittelbare postoperative Phase (6). Hier ist eine sofortige Präsenz sicherzustellen.

Darüber hinaus können eine Vielzahl weiterer Versorgungsverpflichtungen für Minutennotfälle bestehen: Typischerweise sind dies Geburtshilfe mit Notsectio und die Schockraumversorgung sowie das innerklinische Notfallteam.

In Krankenhäusern mit Schwerpunkt- und Maximalversorgungsaufgaben kommen interventionelle Thrombektomien in der Neuroradiologie oder auch akut notfallgeneigte Fächer wie Herz- und Kinderherzchirurgie hinzu. Je nach Krankenhausportfolio sind viele andere Konstellationen denkbar.

Ist nun für jede denkbare Notfallentität ein Team erforderlich? Dies ist grundsätzlich nicht möglich und auch nicht sinnvoll. Eine abschätzende Planung berücksichtigt Minutennotfälle mit relevanter Eintrittswahrscheinlichkeit unter Einschätzung drohender zeitlicher Parallelitäten und Berücksichtigung der „jederzeit versprochenen“ Versorgungen wie Notsectio, Schockraumversorgung und Notfallteam.

*Wie ist es in unserem Fall?*

Der geschilderte Personalansatz wäre grundsätzlich ausreichend, sofern
- keine weiteren Notfallversorgungsverpflichtungen bestehen
- eine maximale Anzahl von drei Ärzten in Weiterbildung beaufsichtigt wird
- die ärztliche Versorgung des Aufwachraumes dennoch gegeben ist

Bei fünf versorgten Sälen ist mit einer Spanne ab 15 und bis weit über 20 Patienten pro Tag im AWR zu rechnen. Auch bei durchschnittlich aufwändigen Patienten und gut qualifiziertem sowie organisiertem anästhesiologischem Fachpersonal sind nach Erfahrung des Autors ein- bis zwei Stunden Zeitaufwand für den Aufwachraum zu erwarten. Es kann aber auch weit darüber hinaus gehen (Kinder, hoher geriatrischer Anteil).

Außerdem kann der Aufwachraum aus medizinischen Gründen mehr als eine anlassbezogene Präsenzpflicht verlangen (z. B. regelmäßig NIV-Beatmungstherapie). Andere personelle Erfordernisse wären auch dann gegeben, wenn z. B. aufwändige Eingriffe mit der Beteiligung von zwei Ärzten der Anästhesiologie zu bewältigen wären.

Eine Unterschreitung eines ausreichenden und nachvollziehbaren Personalansatzes kann in ein sogenanntes „Organisationsverschulden“ münden. Dies schwingt bei juristischen Auseinandersetzungen mit Bezug auf Ressourcenbereitstellung für Notfälle häufig mit. Der auf der Krankenversorgung und damit auf der Anästhesiologie lastende ökonomische Druck lässt das diesbezügliche Risiko anwachsen.

Genaueres ergibt die juristische Analyse.

*Ist das Handeln des Oberarztes so nachvollziehbar?*

Anhand der Schilderung des Falles ist das konkrete Handeln zu jedem Zeitpunkt nachvollziehbar. Warum?

Der Oberarzt hat zum Zeitpunkt seines Abtretens aus dem Saal (Notruf zur Reanimation im Aufwachraum) die *Überwachungsaufgabe der laufenden Allgemeinanästhesie* an den PJ-Studierenden und die Fachpflegekraft übertragen. Die Frage, inwiefern dies statthaft ist, ist interessant und hat gleichermaßen eine besondere Bedeutung.

Zunächst zur Stellung des PJ-Studierenden. Zu diesem Sachverhalt gibt letztlich die Ärzte-Approbationsordnung (ÄApprO; 2) nur allgemeine Hinweise. §3 Abs. 4 Satz 1-3 ÄApprO regeln dies im Allgemeinen: *„Während der Ausbildung [...], in deren Mittelpunkt die Ausbildung am Patienten steht, sollen die Studierenden die während des vorhergehenden Studiums erworbenen ärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vertiefen und erweitern. Sie sollen lernen, sie auf den einzelnen Krankheitsfall anzuwenden. Zu diesem Zweck sollen sie entsprechend ihrem Ausbildungsstand unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes ihnen zugewiesene ärztliche Verrichtungen durchführen.“*

Der nationale kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM; 3) definiert folgende Lern- und Kompetenzziele, die sich auf die Situation übertragen lassen:
- *„VII.3-14.4.3: Wesentliche Aspekte einer Allgemeinanästhesie erläutern, inklusive Durchführung, Indikationen, Kontraindikationen, Risiken und apparativer Voraussetzungen.“*
- *„VII.4-01.10.5: Wesentliche Strategien zur Kreislaufunterstützung erläutern und anwenden, inklusive deren pharmakologischer Grundlagen, Indikationen und apparativer Voraussetzungen für erweitertes hämodynamisches Monitoring.“*

- *„VII.4-02.1.2: Blutungen aus notfallmedizinischer Sicht erläutern und einen Therapieplan festlegen.“*

Zusammengefasst besteht also eine Chance, dass Wissen und Kompetenzen zur Einschätzung und Bewältigung der Situation bereits aus dem theoretischen Studienabschnitt einschließlich der Famulaturen vorlagen. Gemeinsam mit der Wahrnehmung des Oberarztes, dass der PJ-Studierende sich als besonders befähigt zeigte, ist es also auch unter Rückgriff auf Lern- und Kompetenzinhalte des Studiums denkbar, passager eine Überwachungsaufgabe im Rahmen eines Ressourcenmangels zu übertragen. Letztlich bleibt die Verantwortung beim delegierenden Arzt. Da er nicht mit einem Zwischenfall während dieser Überwachungsaufgabe rechnen musste, ist das Handeln somit nachvollziehbar.

Darüber hinaus war zunächst eine Fachpflegekraft im Saal. Für eine Delegation der Narkoseüberwachung an Fachpflegekräfte gilt (4):

*„1.1 Eine Delegierung von Überwachungsaufgaben ist nur in unkomplizierten Fällen vertretbar. Der Begriff „unkompliziert“ beinhaltet in diesem Zusammenhang das Fehlen besonderer Risikofaktoren im Hinblick auf den Patienten, den operativen Eingriff oder das Anästhesieverfahren.“*

Insofern erscheint – in Unkenntnis der Lageentwicklung – die durch den Oberarzt vorgenommene Ressourcenallokation richtig und statthaft.

*Wie ist das Handeln des PJ-Studierenden, der Fachpflegekraft und der Operateure zu bewerten?*

Der PJ-Studierende fand sich in einer ärztlichen Rolle wieder, so dass sich die Dynamik eines ärztlich geführten Teams entwickelte. Die Fachpflegekraft wurde entsandt, um Hilfe zu holen und war wohl kurzfristig erfolgreich.

Seitens der Operateure wurde der PJ-Studierende unter Druck gesetzt. Im Sinne des Patienten musste die Operation fortgesetzt werden, und der PJ-Studierende hat schließlich das sachlich Gebotene getan – einschließlich einer Kreislauftherapie.

Es ist aus Sicht des Autors dennoch diskutabel, dass die operative Lagerung des Patienten als anästhesiologische Aufgabe wahrgenommen wurde. Mutmaßlich ist dies örtlich so üblich. Da die Position des Patienten zu operativen Zwecken hergestellt wurde, ist dies maßgeblich und letztlich eine operative Aufgabe. Formell hätte die Lagerung also auf Geheiß des Operateurs auch durch den OP-Springer verändert werden können und der PJ-Studierende wäre zunächst um die Verlegenheit einer Kompetenzüberschreitung herumgekommen (5). Vom OP-Springer wäre es zudem zu erwarten, dass er eine MP-Einweisung in die Handhabung der OP-Tische hat.

Die folgende Kreislaufbeeinträchtigung durch Aufhebung einer Kopftieflage hat dann aber den Umstand eines „unkomplizierten“ Überwachungsfalles getrübt und die dann durchgeführten Interventionen nach sich gezogen. Von der Fachpflegekraft wäre die Erkennung und grundsätzliche Handlungskompetenz zur überbrückenden Behandlung der Kreislaufstörung im Grundsatz auch zu erwarten gewesen.

Insgesamt haben alle das ihnen Mögliche getan und im Sinne des Patienten gehandelt. Dennoch: Liegt irgendwo ein systemischer Fehler zugrunde – und wie kann eventuell künftig besser auf eine Situation reagiert werden?

*Waren einzelne Schritte und Planungen fehlerhaft?*

Es sind gewisse Sollbruchstellen – nicht Fehler – zu erkennen: Mit der Überlastung des Oberarztes durch zwei gleichzeitige Notfälle fiel der „Kopf" – die koordinierende Funktion – zeitweilig aus. Im Rahmen des zweiten Notfalles war er nicht telefonisch zu erreichen.

Es waren dann nicht nur zwei „Brandherde" hinzugekommen, der Arbeitsplatz „Koordination" war auch umfassend ge- und teils überfordert.

Ein Stufenkonzept für eine solche Duplizität war – sicher auch aufgrund der geringen Eintrittswahrscheinlichkeit – möglicherweise nicht vorhanden.

Die Aufgabe der Koordination wird in den Personalplanungen gerne außer Acht gelassen. Je komplexer und zeitlich dringlicher ein Geschehen ist, umso mehr wird eine fachlich umfassend qualifizierte und weisungsbefugte Organisationsinstanz benötigt. Medizinische Priorisierung und die konkrete „Einsatzführung" sind nicht delegierbar.

*Welche Optionen für eine bessere Vorsorge bestehen?*

Der Fall zeigt, wie schwierig es ist, allein im Routinebetrieb mehrere Notfälle abzubilden. Je kleiner das Krankenhaus, umso herausfordernder ist eine numerisch ausreichende Bereitstellung. Je größer das Krankenhaus, umso höher ist der Aufwand an Planung, Organisation und Priorisierung.

Duplizitäten aus einer Verschlechterung im Aufwachraum und einer gleichzeitigen kritischen Situation im OP-Saal sollten grundsätzlich immer zu bewältigen sein. So war es im vorliegenden Fall auch. Allerdings muss weiterhin die Handlungsfähigkeit im Sinne einer Koordination erhalten bleiben.

Ein Stufenplan und Handlungsmuster lässt sich nur aus den konkreten Ressourcen und räumlichen Gegebenheiten ableiten. Leider kann den Meldenden an dieser Stelle deshalb keine passgenaue Lösung geboten werden. Insofern sind an dieser Stelle allgemeine Ansätze aufgeführt:

- *Für ein gutes Risikomanagement sollten alle „erwartbaren" und „jederzeit versprochenen" Notfallereignisse abgedeckt sein.*
- *Es gilt, keine Unterplanungen vorzunehmen.*
- *Vermeiden Sie, mit einem Ausfallkonzept geplant in einen Tag oder in einen Planungszeitraum zu gehen.*
- *Innerhalb von Kernbetriebszeiten müssen alle „erwarteten" und „jederzeit versprochenen" Notfälle personell abgedeckt sein.*

Sind außerhalb der Kernbetriebszeiten der OPs zu wenige Personen für eine parallele Versorgung aller häufigen und versprochenen Entitäten vorhanden – z. B. bei ein oder zwei Diensthabenden – muss eine Eintrittswahrscheinlichkeit bewertet werden. „Fest versprochen" bleiben eine sofortige und parallele Versorgung in Schockraum, in der Geburtshilfe und, sofern zuständig, für das Notfallteam. Für weitere denkbare und weniger wahrscheinlich eintretende Notfallsituationen ist dann eine Abwägung oder ein Überlastungskonzept erforderlich, da nicht für jeden Notfall Diensthabende vorhaltbar sein können. Hier bietet sich ein abgestimmtes Stufenkonzept an, das Ressourcen aus dem gesamten Krankenhaus berücksichtigt.

*Allen Beteiligten und damit auch den operativen Partnern muss klar sein, wie der Auslegungsrahmen der anästhesiologischen Notfallversorgung ist*. D. h. konkret: Was ist versprochen und vorgehalten – und wie viel ist parallel leistbar. Weiterhin müssen die regulatorischen Voraussetzungen und der Facharztstandard gewährleistet sein. In den Dschungel von strukturell-personellen Anforderungen, z. B.

durch G-BA, BG und Leistungsgruppen, wollen wir uns an dieser Stelle bewusst nicht begeben, dies muss aber örtlich konkret durchdekliniert sein.

Im Übrigen ist auch auf die Verfügbarkeit einer ausreichenden Anzahl von geeigneten Anästhesie-Funktionsdiensten – und abgestimmt auch von OP-Funktionsdiensten – zu achten und diese entsprechend mit vorzuplanen.

Optimal wäre eine rein faktenbasierte Planung, die parallele Mehrfachereignisse auch mit stattgehabter Versorgungsverzögerung retrospektiv auswertet und bewertet und eine Vorhaltung daraus ableitet. Auch dort sind „jederzeit versprochene" Notfallversorgungen immer zusätzlich zu gewährleisten. Solche Berechnungen sind im Rahmen von Gutachten für den Rettungsdienst ein anerkanntes Verfahren. Ein solches Planungsvorgehen wäre auch eine künftige KI-Anwendung.

*Wie kann eine Stufenkonzept bei konkretem Ressourcenmangel aussehen?*

Als Versatzstücke kommen z. B. folgende Maßnahmen („Toolbox") in Frage:

- Einsatz von ärztlichem Personal aus Prämedikation und Schmerzvisiten (erfolgt)
- Kurzfristig überbrückende Parallelnarkose, wo dies risikoarm erscheint (erfolgt, notwendig: Facharzt)
- Kurz überbrückender Einsatz eines Anästhesisten von der Intensivstation zur Notfallversorgung (dieser darf nicht für diese Aufgaben eingeteilt sein! – Einsatz eventuell auch zusammen mit einer Fachpflegekraft der Intensivstation), vor allem bei Doppelbesetzung
- Für den Zeitraum des Notfalls Streckung des Anästhesie-Funktionsdienstes auf räumlich zusammenhängende OPs
- Vermeidung von weiteren Risikosituationen mit Stopp von Ein- und Ausleitungen
- Übergabe von Intensivpatienten (Transporte und Begleitung Diagnostik und Intervention) an (andere) Intensiveinheiten zur Freisetzung anästhesiologischer Teams

Das Erreichen von Personal in der Pause ist arbeitsrechtlich schwierig, wenn auch ein de facto oft genutzter Notnagel. Das ärztliche Ethos macht eine Verfügbarkeit in einer Notlage (und explizit nicht aufgrund einer systematischen Unterplanung) in der Regel möglich. An dieser Stelle muss klar darauf hingewiesen werden, dass eine ärztliche Personalplanung in der Anästhesie ausschließlich aufgrund der zu besetzenden Arbeitsplätze erfolgen kann (6). Für eine geeignete und angemessene Ressourcenauslastung sind dann OP-Management und operative Partner zuständig.

Unter dem Hintergrund einer gerade oder schon nicht mehr ausreichenden anästhesiologischen Personalanzahl sind eine Durchführung von elektiven Operationen ausserhalb von Kernbetriebszeiten oder ein opportunitätsorientiert wechselnder Umgang mit Dringlichkeiten durch operative Partner (auch im Fall 253343 dokumentiert) im Grundsatz patientengefährdend.

Im konkreten Fall lastete eine große organisatorische Bürde auf der koordinierenden Instanz. Es ist deshalb sinnvoll, vorab abgestimmte und rechtlich tragfähige Festlegungen als Toolbox oder Stufenschema vorzuhalten, die alle Beteiligten kennen und die schriftlich im Sinne eines vorbeugenden Risikomanagements festgehalten sind. Auch wenn Priorisierung eine ureigenste ärztliche Aufgabe ist, ist eine geeignete Vorbereitung ungemein erleichternd.

## Die Analyse aus Sicht des Juristen

### I. Rechtlicher Maßstab: Facharztstandard und Organisationsverantwortung

Die rechtliche Bewertung hat zwischen der individuellen ärztlichen Verantwortung und der Organisationsverantwortung des Krankenhausträgers bzw. der Klinikleitung zu unterscheiden. Maßgeblicher Ausgangspunkt ist § 630a Abs. 2 BGB. Danach ist eine Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erbringen. Dieser Standard erfasst nicht nur die konkrete ärztliche Behandlung, sondern auch die organisatorischen Voraussetzungen, unter denen eine sichere Behandlung gewährleistet werden soll.

Gerade für die Anästhesiologie hat der Bundesgerichtshof die Organisationsverantwortung des Krankenhausträgers besonders hervorgehoben. Nach BGH, Urteil vom 18.06.1985 – VI ZR 234/83 stellt es ein haftungsbegründendes Organisationsverschulden dar, wenn der erforderliche Standard der anästhesiologischen Versorgung auch bei personeller Unterversorgung nicht durch geeignete organisatorische Maßnahmen und klare Anweisungen gewährleistet wird. Der Krankenhausträger ist danach verpflichtet, organisatorisch sicherzustellen, dass eine ordnungsgemäße Narkose und deren Überwachung jederzeit gewährleistet sind. Der BGH betont ausdrücklich, dass sich der Krankenhausträger nicht mit einem bestehenden Personalmangel oder fehlenden Bewerbern entlasten kann.

Diese Rechtsprechung ist auf die vorliegende Konstellation in besonderem Maße übertragbar. Entscheidend ist nicht allein, ob die Zahl der gleichzeitig betriebenen OP-Säle abstrakt zulässig ist. Maßgeblich ist vielmehr, ob die konkrete personelle Organisation auch bei einem vorhersehbaren Ausfall eines ärztlichen Mitarbeiters und insbesondere bei gleichzeitig eintretenden Notfällen eine fachgerechte Versorgung sämtlicher Patienten sicherstellt.

Eine Organisation, bei der der einzige als übergeordnete Reserve zur Verfügung stehende Oberarzt bei einem Notfall selbst einen Saal übernehmen muss und dadurch für einen weiteren Notfall nicht mehr zur Verfügung steht, ist daher besonders kritisch. Die Organisation muss eine ausreichende ärztliche Redundanz vorsehen. Sie darf nicht darauf angewiesen sein, dass ein einzelner Oberarzt im konkreten Einzelfall durch Improvisation eine entstandene Versorgungslücke überbrückt.

### II. Ärztliche Kernkompetenz der Anästhesieführung und Grenzen der Delegation

DGAI und BDA ordnen die Anästhesieführung ausdrücklich der ärztlichen Kernkompetenz zu. Nach der gemeinsamen Stellungnahme „Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie / Intensivmedizin“ sowie der „Münsteraner Erklärung II – Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie“ ist die Anästhesieführung wegen ihrer besonderen Gefährlichkeit und den jederzeit möglichen, nicht vollständig vorhersehbaren Veränderungen des Patientenzustands eine ärztliche Leistung. Die Stellungnahmen sind deshalb für die Bestimmung des fachlichen Standards von erheblicher Bedeutung.

DGAI und BDA weisen insbesondere darauf hin, dass die Anästhesieführung einen fortlaufenden ärztlichen Entscheidungs- und Überwachungsprozess darstellt. Die bloße Stabilität eines Patienten im konkreten Zeitpunkt rechtfertigt daher nicht ohne Weiteres die Abwesenheit des verantwortlichen Anästhesisten. Entscheidend ist vielmehr, ob während der Abwesenheit eine gleichwertige ärztliche Versorgung und eine unverzügliche Reaktionsmöglichkeit auf Komplikationen sichergestellt bleiben.

Dies gilt insbesondere für einen laufenden laparoskopischen Eingriff. Auch wenn der Patient zunächst stabil ist, kann es jederzeit zu einer akuten Blutung, Kreislaufinstabilität, Beatmungsproblematik oder einer erforderlichen Änderung der operativen Strategie kommen. Die später tatsächlich eingetretene Gefäßverletzung mit notwendiger Konversion zur Laparotomie verdeutlicht gerade dieses typische Risiko.

### III. Einsatz eines PJ-Studierenden

Besonders kritisch ist die zeitweise alleinige anästhesiologische Betreuung durch einen PJ-Studierenden.

Nach § 3 Abs. 4 ÄAppO dürfen Studierende im Praktischen Jahr entsprechend ihrem Ausbildungsstand und unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes ärztliche Verrichtungen durchführen. Die Vorschrift begründet gerade keine allgemeine Befugnis zur eigenverantwortlichen ärztlichen Tätigkeit. Die besondere persönliche Befähigung eines konkreten Studierenden kann bei der Beurteilung einer individuellen ärztlichen Entscheidung berücksichtigt werden. Sie verändert jedoch nicht dessen rechtliche Stellung. Ein besonders guter PJ-Studierender kann deshalb nicht als funktionaler Ersatz für einen anwesenden Anästhesisten eingeplant werden.

Die eigenständige Überwachung einer laufenden Allgemeinanästhesie und insbesondere die eigenverantwortliche Reaktion auf eine akut lebensbedrohliche intraoperative Situation überschreiten grundsätzlich den Rahmen dessen, was mit einer Tätigkeit „unter Anleitung und Aufsicht“ vereinbar ist. Dies entspricht auch der fachlichen Einschätzung von DGAI und BDA, wonach die anästhesiologische Kernkompetenz nicht durch nichtärztliches Personal substituiert werden darf.

Dass der PJ-Studierende die konkrete Situation außergewöhnlich gut bewältigt hat, ist daher kein Beleg für eine ausreichende Organisation, sondern vielmehr ein glücklicher Umstand, der den Eintritt eines Patientenschadens verhindert haben kann.

### IV. Kein primäres individuelles Organisationsversagen des Oberarztes

Von dieser strukturellen Problematik ist die individuelle Entscheidung des Oberarztes zu trennen.

Die Entscheidung, bei einem reanimationspflichtigen Patienten im Aufwachraum unverzüglich Hilfe zu leisten, ist grundsätzlich medizinisch und rechtlich nachvollziehbar. Eine akute Lebensgefahr verpflichtet den Arzt zu einer Priorisierung der Patientenversorgung. Dem Oberarzt ist zudem zugutezuhalten, dass er die entstehende Versorgungslücke erkannte und bereits vor seinem Verlassen des Saales einen Weiterbildungsassistenten zur schnellstmöglichen Ablösung herbeirief.

Ein individuelles grobes Verschulden des Oberarztes lässt sich deshalb aus dem geschilderten Geschehen nicht ohne Weiteres ableiten. Seine Entscheidung ist vielmehr vor dem Hintergrund eines durch die Organisation erzeugten Zielkonflikts zwischen zwei gleichzeitig gefährdeten Patienten zu beurteilen.

Der entscheidende rechtliche Vorwurf richtet sich daher weniger gegen die Reaktion des Oberarztes auf den konkreten Notfall als vielmehr gegen die Frage, weshalb die Organisationsstruktur überhaupt dazu führen konnte, dass ein Arzt zwischen zwei parallelen Notfallsituationen wählen musste und während der notwendigen Übergangszeit kein geeigneter ärztlicher Ersatz unmittelbar verfügbar war.

### V. Organisationsverschulden und voll beherrschbares Risiko

Die Rechtsprechung des BGH erkennt Organisationsmängel im Krankenhaus als eigenständige haftungsrechtliche Fehlerquelle an. Neben der grundlegenden Entscheidung des BGH vom 18.06.1985 (Az. VI ZR 234/83) ist insbesondere die Rechtsprechung zu den sogenannten voll beherrschbaren Risiken relevant. Nach BGH, Urteil vom 28.08.2018 – VI ZR 509/17 gehören hierzu Risiken, die durch sachgerechte Organisation und Koordination des Krankenhausbetriebs objektiv ausgeschlossen werden können und müssen. Die ordnungsgemäße personelle Organisation und die Sicherstellung geeigneter ärztlicher Verfügbarkeit fallen grundsätzlich in diesen Verantwortungsbereich.

Bei einem Patientenschaden wäre deshalb auch § 630h Abs. 1 BGB zu prüfen. Danach kann bei einem Risiko, das dem voll beherrschbaren Bereich des Behandlers zuzuordnen ist, eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten eingreifen. Die Frage, ob bei gleichzeitigem Betrieb mehrerer OP-Säle eine ausreichende ärztliche Notfallreserve vorhanden ist, betrifft gerade die organisatorische Sphäre des Krankenhauses.

Die Rechtsprechung unterscheidet dabei zwischen dem individuellen Behandlungsfehler und dem Organisationsfehler. Ein Organisationsfehler kann unter besonderen Umständen auch die Qualität eines groben Behandlungsfehlers erreichen (vgl. hierzu insbesondere BGH, Urteil vom 16.04.1996 – VI ZR 190/95).

**VI. Ergebnis**

Rechtlich steht damit nicht die außergewöhnlich gute Reaktion des PJ-Studierenden, sondern die strukturelle Frage im Vordergrund, ob die anästhesiologische Organisation eine jederzeit ausreichende ärztliche Versorgung gewährleistete.

Die gleichzeitige Durchführung mehrerer OPs ist nicht per se unzulässig. Sie setzt jedoch eine Organisationsstruktur voraus, die auch bei einem ärztlichen Ausfall oder einem zweiten zeitgleichen Notfall eine ausreichende fachärztliche Versorgung sicherstellt. Eine Organisation, bei der der einzige verfügbare Oberarzt bei einem Notfall einen laufenden Saal übernehmen und dadurch seine Funktion als Notfallreserve aufgeben muss, während die Ablösung erst herbeigerufen werden muss, begegnet erheblichen rechtlichen Bedenken.

Der zentrale Maßstab ist dabei die vom BGH entwickelte Organisationspflicht des Krankenhausträgers: Die Patientensicherheit darf nicht davon abhängen, dass ein Oberarzt im Einzelfall improvisiert oder ein außergewöhnlich befähigter PJ-Studierender eine eigentlich nicht ihm obliegende ärztliche Funktion übernimmt.

Aus dem Vorfall folgt daher insbesondere die Notwendigkeit, die zulässige Zahl parallel betriebener OP-Säle, die Mindestbesetzung mit Fach- und Oberärzten, die ärztliche Besetzung bzw. unverzügliche ärztliche Erreichbarkeit des Aufwachraums sowie die Regelungen für zwei parallele Notfälle verbindlich festzulegen. Ebenso muss klar geregelt werden, welche Tätigkeiten PJ-Studierende und Fachpflegekräfte im Rahmen einer kurzfristigen Übergangssituation übernehmen dürfen und wo die Grenze der Delegierbarkeit liegt.

In der Gesamtschau bestehen daher erhebliche Anhaltspunkte für ein Organisationsverschulden auf Ebene des Krankenhausträgers bzw. der für die OP- und Personalorganisation verantwortlichen Leitung. Demgegenüber erscheint eine persönliche Vorwerfbarkeit des Oberarztes deutlich differenzierter und insbesondere unter dem Gesichtspunkt der konkreten Notstandssituation zu beurteilen.

**Take-Home-Message**

- **Halten Sie fest, welche Versorgungen Sie tatsächlich leisten müssen und können.**
- **Planen Sie personell immer reell und nicht in einem Ausfallkonzept.**
- **Halten Sie ein belastbares Ausfallkonzept vor.**
- **Planen Sie Ihre Reaktionsoptionen als Toolbox oder Stufenschema bei Ressourcenmangel schriftlich.**

**Weiterführende Literatur**


1. CIRS-AINS Fall 25334, Parallelnarkose bei Personalmangel; https://www.cirsmedical.ch/AINS/m_files/cirs.php?seitennr=AINS
(Zugriffsdatum: 09.05.2026)

2. ÄApprO; https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html
(Zugriffsdatum: 09.05.2026)

3. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) 2.0; https://nklm.de
(Zugriffsdatum: 09.05.2026)

4. Ärztliche Kernkompetenz & Delegation in der Anästhesie/Intensivmedizin; Anästh Intensivmed 2007;48:712-714; https://www.bda.de/doclink/aerztliche-kernkompetenz-und-delegation-in-der-intensivmedizin-1/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJhZXJ6dGxpY2hlLWtlcm5rb21wZXRlbnotdW5kLWRlbGVnYXRpb24taW4tZGVyLWludGVuc2l2bWVkaXppbi0xIiwiaWF0IjoxNzU3NDk1NDU4LCJleHAiOjE3NTc1ODE4NTh9.1Y4U4BOrWsUYDjxRiOKqgpuo5yMiqoaV1kyW0rqPc90
(Zugriffsdatum: 09.05.2026)

5. Verantwortung für die prä-, intra- und postoperative Lagerung des Patienten. Vereinbarung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen; 1987; https://www.bda.de/doclink/verantwortung-fuer-die-prae-intra-und-postoperative-lagerung-des-patienten-1/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJ2ZXJhbnR3b3J0dW5nLWZ1ZXItZGllLXByYWUtaW50cmEtdW5kLXBvc3RvcGVyYXRpdmUtbGFnZXJ1bmctZGVzLXBhdGllbnRlbi0xIiwiaWF0IjoxNzU3NDA4NDk1LCJleHAiOjE3NTc0OTQ4OTV9.GtecA8bLgurjw1anqoA3PTgN6pfmgpQJlgFsddwVobM
(Zugriffsdatum: 10.05.2026)

6. Empfehlung zur Überwachung nach Anästhesieverfahren. Anästh Intensivmed 2009;50:S486-S489 https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/567-empfehlung-zur-ueberwachung-nach-anaesthesieverfahren/file.html
(Zugriffsdatum: 10.05.2026)

7. Personalbedarfskalkulation Anästhesie 2015. Anästh Intensivmed 2015;56:1-18 https://www.dgai.de/bestellformulare/527-weissm-2015-ai-personalbedarfskalkulation-ana-sthesie-2015/file.html
(Zugriffsdatum: 10.05.2026)



**Autoren:**
Prof. Dr. med. Torsten Birkholz, MHBA, Chefarzt Anästhesie und Intensivmedizin, Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt
Rechtsanwältin A. Pfundstein, Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V., Nürnberg
Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V., Nürnberg
Dipl.-Sozialw. T. Rhaiem, Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V., Nürnberg