

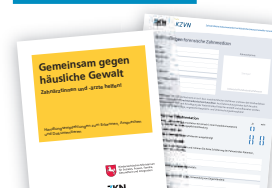


fROHES NEUES JAHR

4 **Das Patientenrechtegesetz
als politischer
Grundrechtskatalog der
Gesundheitsversorgung**



24 **Gemeinsam gegen
häusliche Gewalt –
Zahnärztinnen und
Zahnärzte helfen**



26 **Funktion und Ästhetik
durch interdisziplinäre
Therapie**



42 **Strafbarkeit von
Zahnärzten für
anästhesiologische
Komplikationen**





© Juan Henares/Stockphoto.com

Strafbarkeit von Zahnärzten für anästhesiologische Komplikationen

VERTRAUEN IST GUT, VEREINBARUNGEN SIND BESSER

Qualitätssicherung durch Transparenz schaffen – das war bereits 1980 einer der Grundsätze des DAZ. Schon damals kein leeres Schlagwort, sondern die notwendige Konsequenz aus der verbreiteten Haltung der Standesführung, Malpractice und eigene Versäumnisse zumindest vor der Öffentlichkeit, aber auch vor der Kollegenschaft zu verbergen. Daran scheint sich nichts geändert zu haben: Im Forum 110 hatte Dr. Hanns-W. Hey mit seinem Beitrag „Tod durch Rationalisierung“ auf die in diversen Medien berichteten Todesfälle bei Narkosen in Zahnarztpraxen hingewiesen und darin seine Mindestforderung nach Veröffentlichung dieser Fälle in den Fachmedien erhoben, „damit jeder Kollege seine eigenen Konsequenzen daraus ziehen kann“. Mit der gleichen Intention hat der Anästhesist und Gerichtsgutachter Prof. Dr. Uwe Schulte-Sasse mit dem Juristen Tim Neelmeier den Zahnärztlichen

Mitteilungen (ZM) einen Beitrag zum Thema angeboten, die allerdings – so die Autoren – sinngemäß wissen ließen, „dass man ausdrücklich keine Berichterstattung über diesen Themenkreis wünsche, um die eigenen Mitglieder und Leser nicht zu verunsichern.“ Der DAZ und die Forum-Redaktion halten diesen Standpunkt gerade bei dieser brisanten Problemlage für berufsschädigend, weil damit die Kollegenschaft über wichtige Rechtspositionen in Unkenntnis gelassen und in falscher Sicherheit gewiegt wird. Für das Forum haben die Autoren den Beitrag aktualisiert.

Todesfälle – insbesondere von Kindern – nach operativen Eingriffen in Narkose in Zahnarztpraxen haben in der jüngeren Zeit wiederholt hervorgehobene Aufmerksamkeit in den Medien erfahren [Spiegel online 2012a, Spiegel online 2012b, stern.de 2012]. Auf dem Medizinstrafrechtstag

des Deutschen Anwaltvereins [Lindemann 2012] wurde besorgt berichtet über „eine fatale Tendenz in der Praxis ambulanten Operierens [...], die mit einer adäquaten anästhesiologischen Versorgung verbundenen ‚Kostenfaktoren‘ zu reduzieren, auch wenn dies mit erkennbaren Risiken für Leib und Leben der behandelten Patienten verbunden ist.“ Besondere Beachtung in diesem Zusammenhang fand ein Fall aus Hessen, in dem neben dem Anästhesisten auch der operierende Zahnarzt wegen fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) zu einer Gefängnisstrafe verurteilt wurde. Eine vergleichbar hervorgehobene Beachtung dieser Fälle ist in den zahnärztlichen Fachjournalen bislang nicht zu beobachten.

In der Märzausgabe 2012 wird im „Forum für Zahnheilkunde“ betont [Hey 2012], dass „diese Unglücksfälle in den Fachmedien veröffentlicht werden [müssen].“ Vor dem Hintergrund des DAZ-Postulats „Qualitätssicherung durch Transparenz“ sei hier, am Beispiel des vor dem Amtsgericht (AG) Limburg verhandelten Todesfalles eines zehnjährigen Mädchens, auf die Verantwortlichkeit des zahnärztlichen Praxisbetreibers für eine adäquate Sicherheits-Infrastruktur bei ambulanten Operationen in Narkose eingegangen, „damit jeder Kollege seine eigenen Konsequenzen daraus ziehen kann“ [Hey 2012]. Das AG Limburg fordert, dass zahnärztliche Interessensverbände „den vorliegenden Fall zum Anlass nehmen, ihre Mitglieder darauf hinzuweisen, dass eine derartige Praxisorganisation keinesfalls den Sicherheitsinteressen der Patienten, die an oberster Stelle stehen müssen, entsprach“ [AG Limburg a. d. Lahn: Urt. v. 25.03.2011].

„Ich bin doch kein Arzt, sondern Zahnarzt!“ Praxisbetreiber Dr. Sp. wehrte sich energisch gegen den Vorwurf, er sei mitverantwortlich für den Tod eines Kindes im Aufwachraum seiner Praxis. Die dort fehlende Mindestausstattung an Personal und Messgeräten sei allein dem Anästhesisten anzulasten. Denn er selbst habe sich als Operateur nur um die Zahnbehandlung zu kümmern. Im Prozess vor dem Amtsgericht Limburg ging es um zwei Fragen. Einerseits war anhand der speziellen Umstände des Einzelfalles zu entscheiden, ob das leicht behinderte Kind bei fachgerechter Überwachung „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ überlebt hätte (erstinstanzlich bejaht [AG Limburg a. d. Lahn: Urt. v. 25.03.2011], nach Berufung Verfahrenseinstellung gegen hohe Geldauflagen [Wetzlarer Neue Zeitung 2012]). Andererseits ging es um eine Grundsatzfrage: Unter welchen Umständen darf ein Arzt auf die korrekte Arbeitsweise seines Kollegen vertrauen?

Sachverhalt [AG Limburg a. d. Lahn: Urt. v. 25.03.2011]

Der angeklagte Zahnarzt Dr. Sp. betreibt seit 1990 mit seinem Kollegen Dr. T. eine Zahnarztpraxis. Der ebenfalls angeklagte Anästhesist Dr. Sch. arbeitete von 1990 bis

Ende 2009 etwa einmal pro Woche bei zahnärztlichen Behandlungen in Vollnarkose mit Dr. Sp. und Dr. T. in deren Praxisräumen zusammen. Ein schriftlicher Vertrag zwischen den Zahnärzten und Dr. Sch. existierte nie. Dr. Sch. stellte die notwendigen Geräte für die durchzuführenden Narkosen, die er eigens mit in die Praxis der Dres. Sp. und T. brachte. Einen gesonderten Aufwachraum mit adäquater apparativer Ausstattung gab es in der Praxis nicht. Nach der postnarkotischen Überwachung im Eingriffsraum wurde in aller Regel der behandelte Patient in einen „Ruheraum“ verbracht und dort einer Begleitperson (Eltern, Angehörige etc.) übergeben. Außer der Ehefrau des Dr. Sch., die häufig, jedoch nicht immer, an Narkosetagen dabei war, verfügte keine der bei Dr. Sp. angestellten Zahnarzhelferinnen über eine anästhesiologische Ausbildung. Es gab keinerlei Anweisungen von den Zahnärzten bzw. von Dr. Sch. an die Zahnarzhelferinnen, wie sie sich den Patienten gegenüber nach Verbringung in den Ruheraum zu verhalten hatten. Auch zwischen den Zahnärzten und dem Anästhesisten Dr. Sch. gab es bezüglich der Behandlung bzw. Überwachung von Patienten, die im Ruheraum abgelegt waren, keinerlei Absprachen. Dr. Sp. entscheidet, ob ein zahnärztlicher Eingriff in seiner Praxis in örtlicher Betäubung oder in Narkose stattfindet und erstellt die entsprechende Planung. Im Herbst 2007 verbrachte der Anästhesist Dr. Sch. die zehnjährige Celine K., die am Williams-Beuren-Syndrom (WBS) litt, bereits zehn Minuten nach dem Eingriff in noch tief schlafendem Zustand in den sog. „Ruheraum“, wo sie ohne personelle oder apparative Überwachung mit ihrer Mutter alleine war. Während die beiden Ärzte bereits die nächste Patientin unter Vollnarkose behandelten, erlitt Celine einen Atemstillstand und einen hypoxischen Gehirnschaden, in dessen Folge sie wenige Tage später verstarb.

Das Amtsgericht Limburg a.d. Lahn verurteilte am 25.03.2011 den Anästhesisten Dr. Sch. zu einem Jahr und sechs Monaten sowie den Zahnarzt Dr. Sp. zu einem Jahr und drei Monaten Freiheitsstrafe auf Bewährung wegen fahrlässiger Tötung gem. § 222 StGB. Nach Berufungshauptverhandlung wurde das Verfahren eingestellt gem. § 153a StPO gegen Geldauflagen von jeweils € 20.000,- für beide Angeklagten aufgrund Beweisunsicherheiten bei der Kausalität der Pflichtverletzungen.

Aufgabenabgrenzung zwischen Zahnarzt und Anästhesist klar regeln [Neelmeier 2011, Neelmeier 2012 a]

Jede Operation birgt Gefahren. Für deren Abwehr sind im Ausgangspunkt alle beteiligten Ärzte verantwortlich. Raum für Vertrauen sieht der Bundesgerichtshof (BGH) nur, wenn „es um Gefahren geht, die ausschließlich dem Aufgabenbereich eines der beteiligten Ärzte zugeordnet sind“. ►►

» Diese Zuordnung folgt keinem Automatismus nach Fachrichtungen, weswegen es unter diesem Blickwinkel keine „fachfremden“ Komplikationen gibt. Entscheidend ist stets die individuelle Aufgabenverteilung vor Ort. Subsidiär gelten die fachgesellschaftlichen Zuständigkeitsvereinbarungen, welche die meisten Fächer (nicht die Zahnmedizin) insbesondere mit der Anästhesie geschlossen haben. Die mitunter lange vor dem „Durchbruch“ des ambulanten Operierens getroffenen Regelungen lassen sich indes nicht pauschal von Krankenhäusern auf die Bedingungen in einer Arztpraxis übertragen. Die heute übliche Klinikorganisation mit zentraler Aufwacheinheit in der Verantwortung einer ganzen Anästhesieabteilung kann für ambulante Operationszentren wirtschaftlich sein. Praxisambulantes Operieren in den Räumen des Zahnarztes mit nur einem OP-Tisch verlangt jedoch flexiblere Strukturen. Deshalb konkretisieren jüngere fachgesellschaftliche Vereinbarungen und Standards ergebnisbezogen die Verpflichtung, dass der Patient „keinem höheren Risiko (auch im Zusammenhang mit der postoperativen Betreuung) ausgesetzt sein darf, als bei einer Behandlung unter stationären Bedingungen“. Insbesondere die gesondert vergütete Aufgabe postoperativer „lückenloser Überwachung“ bietet Umsetzungsspielräume. Sie kann entweder dem Anästhesisten oder dem Praxisbetreiber bzw. dessen speziell geschultem Personal („Fachpflegestandard“) übertragen werden. Dieses Organisationsrecht ist gleichzeitig eine Pflicht und gehört zur Führungsverantwortung des Praxisbetreibers in seiner Doppelfunktion als Arzt und Einrichtungsleiter. „Wie einem Klinikträger oblag es dem [Praxisbetreiber Dr. Sp.] gleichermaßen, die technisch-apparativen Einrichtungen und die erforderliche personelle Ausstattung für die postoperative und postnarkotische Überwachungsphase zu besorgen bzw. dafür Sorge zu tragen“ [AG Limburg a. d. Lahn: Urt. v. 25.03.2011].

Fotos: Privat



Prof. Dr. Schulte-Sasse, Direktor der Klinik für Anästhesie und Operative Intensivmedizin i.R., Heilbronn
info@medizinrecht-schulte-sasse.de

Grenzen des Vertrauensgrundsatzes [Neelmeier 2011; Neelmeier 2012 a; Neelmeier, Schulte-Sasse 2012 a]

Vor deutschen Strafgerichten wurden bislang eher selten Praxisbetreiber im Zusammenhang mit anästhesiologischen Komplikationen angeklagt. Die Grenzen des sog. Vertrauensgrundsatzes werden von der Rechtsprechung aber enger gezogen als vielfach bekannt. Praxisbetreiber, gegen die wegen unzureichend organisierter Patientenüberwachung ermittelt wird, berufen sich in Gegenwart einer defizitären personellen oder apparativen Ausstattung ihrer Praxis üblicherweise auf den sogenannten Vertrauensgrundsatz, demzufolge sie sich auf die Aufgabenerfüllung und das überlegene Fachwissen des Anästhesisten hätten verlassen dürfen. Regelmäßig fehlt es jedoch an mindestens einer der zwei wichtigsten Voraussetzungen dieses Grundsatzes. Er basiert nämlich nicht etwa auf Wissensasymmetrie zwischen Zahnarzt und Anästhesist, sondern dem Prinzip der Arbeitsteilung. Entscheidend ist allein die klare Definition, Abgrenzung und Zuordnung von Aufgabenbereichen. Dies ist eine Kernaufgabe des Praxisbetreibers als Einrichtungsleiter, auch im Fall einer zusätzlich ausgeübten „Doppelfunktion“ als Operateur. Kommt er dieser Aufgabe nicht nach, kann er auch nicht auf die „arbeitsteilige“ Bewältigung hieraus resultierender Risiken durch den Anästhesisten vertrauen.

Bereits 2001 hatte das AG Langenfeld [Rechtskräftiger Strafbefehl vom 17. August 2001] ähnlich wie das Limburger Gericht entschieden und 2005 stellte das LG Augsburg [Rechtskräftiges Urteil vom 17.03.2005] fest: „Für die Organisation der postoperativen Überwachung, das Vorhandensein geeigneten Fachpersonals und der erforderlichen Geräte ist der Angeklagte als Betreiber der Praxis verantwortlich.“ Der zahnmedizinische Praktiker ist nach dieser Rechtsprechung im Ausgangspunkt selbst verantwortlich für eine sichere Organisation und Ausstattung seiner Praxis. Dies betrifft auch den Arbeitsbereich des hinzugezogenen Anästhesisten. Zwar verlangt die Rechtsprechung von Praxisbetreibern keine minutiöse Überwachung ihrer Narkosekollegen. Allerdings müssen Zahnärzte ebenfalls auf die strikte Einhaltung der personellen und apparativen Sicherheitsstandards in ihrer Praxis achten. Dazu gehört insbesondere anästhesiologisch qualifiziertes Pflegepersonal während und nach der Narkose, um die Überwachung und Notfallversorgung der Patienten sicherzustellen, wie das LG Halle kürzlich im Zusammenhang mit dem Tod eines Kindes nach Operation in einer Zahnarztpraxis noch einmal betonte [LG Halle, Urteil vom 17.11.2010]: Narkosen sind vom Anästhesisten „nicht allein, sondern stets mit qualifiziertem Pflegepersonal durchzuführen. Dadurch wird generell eine bessere Überwachung des Patienten und für den Fall, dass es zu Komplikationen kommt, eine bessere Notfallversorgung erreicht.“ Anästhesiologisch geschultes



Tim Neelmeier, Rechtsanwalt, LL.B. (Bucerius), Hamburg;
Doktorand am Strafrechtslehrstuhl von Prof. Dr. Hans Kudlich,
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Assistenzpersonal ist nicht nur bei der Narkoseeinleitung und während des Eingriffs essentiell. Seine „ununterbrochene“ Anwesenheit ist eine *conditio sine qua non* bei der Überwachung nach dem Eingriff. Die erforderliche apparative Ausstattung ist genau spezifiziert.

Das Limburger Gericht ordnet den Praxisbetreibern die gleiche Organisationsverantwortung „wie einem Klinikträger“ zu. Die verhängten Freiheitsstrafen begründet es nicht zuletzt mit dem Hinweis, dass die seit Jahren unzureichende Patientenüberwachung in der Zahnarztpraxis kein menschliches Augenblicksversagen darstellte, sondern vielmehr die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte im Vordergrund standen. Ungeklärt blieb die Frage nach der Verantwortung des Praxismitnehmers, der die defizitären Strukturen in der Praxis gekannt und mitgestaltet hat.

Wichtiger aber noch ist die zweite Voraussetzung des Vertrauensgrundsatzes. Ist die arbeitsteilige Behandlung präzise organisiert, besteht zwar keine minutiöse wechselseitige Überwachungspflicht. Der Praxisbetreiber und alle anderen beteiligten Ärzte bleiben aber „sekundär verkehrssicherungspflichtig“ [BGH: Ur. v. 13.11.2008]. Der BGH stellt klar: „Kein Arzt, der es besser weiß, darf sehenden Auges eine Gefährdung seines Patienten hinnehmen, wenn ein anderer Arzt seiner Ansicht nach etwas falsch gemacht hat oder er jedenfalls den dringenden Verdacht haben muss, es könne ein Fehler vorgekommen sein. Das gebietet der Schutz des dem Arzt anvertrauten Patienten“ [BGH: Ur. v. 08.11.1988]. Berechtigtes Vertrauen im Rahmen arbeitsteiligen Zusammenwirkens findet dort seine Grenze, wo „ernsthafte Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Vorarbeiten des Kollegen erkennbar sind“ [BGH: Ur. v. 19.11.1997]. Der BGH gibt einen strengen Prüfungsmaßstab vor: „Die Anforderungen an die Geltung des Vertrauensschutzes sind um so höher, je größer das Risiko eines Behandlungsfehlers und die daraus resultierende Gefährdung des Patienten

ist.“ Es bedarf „keiner besonderen medizinischen Kenntnisse“ [AG Limburg a. d. Lahn: Ur. v. 25.03.2011], um zu wissen, dass „für den chirurgischen Patienten zu keiner Zeit seines Klinikaufenthalts die Gefahr der Hypoxie so groß ist wie in der unmittelbaren postoperativen Phase“ [OLG Düsseldorf: Ur. v. 30.12.1985].

Statt „ernsthafte Zweifel“ muss sich dem Zahnarzt sogar die völlige Gewissheit fehlerhafter Narkoseführung durch den Anästhesisten aufdrängen, wenn er im Eingriffsraum keine anästhesiologische Assistenzkraft samt erforderlicher Überwachungsgeräte wahrnimmt und/oder er mit dem gleichen Anästhesisten unmittelbar zum nächsten Eingriff übergeht, ohne dass eine dann erforderliche zweite (!) Fachpflegekraft für die ununterbrochene postoperative Überwachung im Aufwachraum eingeteilt worden ist. Fehlt es an berechtigtem Vertrauen, handelt neben dem Anästhesisten auch der Praxisbetreiber pflichtwidrig.

Beabsichtigte Unterschreitung von Überwachungsstandards kann Vorwurf der vorsätzlichen Körperverletzung begründen [Neelmeier 2012 a, Neelmeier 2012 b, Neelmeier, Schulte-Sasse 2012 a]

Trotz präziser Aufgabenzuordnung endet berechtigtes Vertrauen dort, wo „ernsthafte Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Vorarbeiten des Kollegen erkennbar sind.“ Das fehlende Überwachungspersonal war auch für den zahnärztlichen Praxisbetreiber Dr. Sp. offensichtlich, so dass er den Operationstag nicht wie geplant beginnen durfte. Die Eltern des Kindes hatten auch keine „weitergehende Aufklärung“ erhalten über die beabsichtigte Unterschreitung von Überwachungsstandards.

Jenseits der üblichen Risikoaufklärung besteht eine Pflicht zur „weitergehenden Aufklärung“ der Patienten über jede beabsichtigte Abweichung von der *lex artis*. Dies betrifft neben der Anwendung von Außenseitermethoden sowie Behandlungen ohne medizinische Indikation insbesondere Unterschreitungen des Facharztstandards bei der personellen und apparativen Infrastruktur. Eingriffe beispielsweise ohne Anästhesist, Fachpflegepersonal oder vorschriftsgemäße Medizingeräte sind demnach von Anfang an rechtswidrig mangels wirksamer Einwilligung. Kennt der Arzt die hieraus resultierenden Gefahren für den Patienten und setzt er sich dennoch über die anerkannten Regeln der Heilkunst wesentlich hinweg, so begeht er eine vorsätzliche einfache (§ 223 StGB) oder gefährliche (§ 224 StGB) Körperverletzung bereits mit dem Versetzen in Narkose, mit dem Beginn des operativen Eingriffes. Diese Straftatbestände werden „schnell“ zum Verbrechen (§ 227 StGB), wenn noch eine risikotypische, fahrlässig verursachte Todesfolge hinzutritt. ►►

► Wettbewerbsnachteile für diejenigen Anbieter, welche die Personalmehrkosten schultern [Neelmeier, Schulte-Sasse 2012 a; Neelmeier, Schulte-Sasse 2012 b]

Im Internet hatte der Zahnarzt Dr. Sp., zusammen mit seinem Kollegen, „für seine zahnärztlichen Behandlungen in Narkose für geistig behinderte Patienten, damit geworben, dass diese Eingriffe unter einem dem Krankenhaus angepassten hohen personellen und operativen Sicherheits- und Qualitätsstandard durchgeführt werden.“ Das AG Limburg hierzu: „Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme kann von einem solchen Standard keine Rede sein; das Gegenteil ist bewiesen.“ „Gemessen an den tatsächlichen Bedingungen, unter denen die vollnarkotischen Eingriffe in der Praxis des Angeklagten Dr. Sp. erfolgten, kann die vorstehend dargestellte Werbung mit „klinischen Standards“ nur als grob irreführend bezeichnet werden [...]. Es unterliegt für das Schöffengericht keinem Zweifel, dass der Angeklagte Dr. Sp. seinen in dem Internet- Auftritt gewählten Worten grob pflichtwidrig zuwider gehandelt hat, indem er unter den genannten Organisationsstrukturen einen Eingriff unter Vollnarkose vornahm, der gerade nicht auf „Klinikniveau“ stattfand“ [AG Limburg a. d. Lahn: Ur. v. 25.03.2011]. Es mangelt in Deutschland gegenwärtig an einem praktisch wirksamen, kontrollierenden Abgleich zwischen den Werbeauftritten von Gesundheitseinrichtungen und der dort tatsächlich gegebenen Infrastruktur. So können „schwarze Schafe“ unter den Leistungserbringern anästhesiologische Versorgungsstandards relativieren oder unterwandern, ohne dass die Patienten dies bei ihrer Auswahlentscheidung bemerken. Auf diese Weise drohen nicht nur Patientenschädigungen, sondern auch erhebliche Wettbewerbsnachteile für diejenigen Anbieter, welche die Personalmehrkosten schultern und sich damit in die Gefahr einer „adversen Marktselektion“ begeben. Schließlich müssen sie sich in einem von der Politik gezielt geschaffenen „Verdrängungswettbewerb unter den Leistungserbringern“ behaupten und sind dabei auf den „Haftungsrichter zunehmend als Bundesgenossen“ angewiesen. Nur wenn die Justiz das wirtschaftlich motivierte Führungsverhalten in Gesundheitseinrichtungen konsequent in den Blick nimmt [Kudlich, Schulte-Sasse 2011], kann sie auf eine flächendeckende Umsetzung kostenintensiver Sicherheitsstandards hoffen.

Fazit für die Praxis

Verwirklichen sich vorhersehbare Gefahren, für deren Abwehr keine klare Zuständigkeit bestand, haften alle beteiligten Ärzte (sowie der Klinikträger bzw. die Einrichtungsleitung [Fischer 2012]). Angesichts der Vielfalt praktizierter Organisationsformen sind im ambulanten Bereich

präzise Absprachen vor Ort unerlässlich. Ernsthafte Zweifel am fachrechten Vorgehen eines Kollegen verpflichten jeden Arzt, Gesundheitsgefahren vom Patienten abzuhalten. Der Regierungsentwurf eines „Patientenrechtgesetzes“ [Neelmeier 2012 c] sieht sogar vor, dass Behandlungsfehler (eigene und solche von Kollegen) dem Patienten zu melden sind. ■

Literaturverzeichnis auf der Web-Site von Prof. Schulte-Sasse <http://medizinrecht-schultesasse.de/bibliothek/> und auf www.daz-web.de, Menüpunkt Lesetipps

Prof. Dr. Uwe Schulte-Sasse
Tim Neelmeier

Quelle: „Forum für Zahnheilkunde“,
Ausgabe 13 – Dezember 2012, S. 9-11

WEITERFÜHRENDE LINKS



Personelle und apparative Mindestausstattung eines Anästhesiearbeitsplatzes in der Zahnarztpraxis:
http://www.dgai.de/aktuelles/Anaesthesia-Arbeitsplatz_Version5_1_22.11.2012.pdf



Personelle und apparative Mindestausstattung eines Aufwachraumes in der Zahnarztpraxis:
http://www.dgai.de/eev/EEV_2011_S_115-120.pdf



Qualifikation des anästhesiologischen Hilfspersonals im OP und im Aufwachraum („Fachpflegestandard“):
http://www.dgai.de/eev/EEV_2011_S_61-64.pdf



Aktueller Artikel von Tanja Wolf auf Spiegel Online (23.11.2012): „Ambulantes Operieren. Lebensgefahr in der Arztpraxis“
<http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/narkose-bei-ambulanter-op-eineunbedachte-gefahr-a-864138.html>