

BDA *aktuell*

JUS-Letter

Juni 2002
Jahrgang 2, Ausgabe 2

In dieser Ausgabe

1 Personalmangel:
1 Anästhesist –
2 OP-Tische?

1 Pflegerische
Assistenz -
Notwendig oder
entbehrlich?

2 Entschließung des
BDA zu Parallel-
verfahren

BDA

Berufsverband Deutscher
Anästhesisten
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg

Personalmangel: 1 Anästhesist – 2 OP-Tische?

Dr. iur. E. Biermann, Ass. iur. E. Weis Nürnberg

Vor dem Hintergrund knapper finanzieller und/oder personeller Ressourcen geraten die Standards in der Anästhesiologie unter Druck.

Ein Beispiel: Manche Krankenhausträger verlangen vom Anästhesisten, zwei Operationssäle planmäßig parallel zu versorgen, entweder um das OP-Programm auszuweiten und dadurch wirtschaftlich besser zu stehen oder aus angeblichem Personalmangel.

Parallelnarkose-Urteile des BGH

Unter forensischen Gesichtspunkten ist die planmäßige parallele Versorgung von zwei OP-Tischen durch nur einen Anästhesisten mit Facharztstandard abzulehnen.

Der BDA hat bereits 1989 die nachfolgend abgedruckte Entschließung zu der Zulässigkeit und den Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie verabschiedet, die fachliche und rechtliche Aspekte berücksichtigt

Der Bundesgerichtshof hat in den einschlägigen Parallelnarkose-Urteilen wiederholt betont, daß die fachgerechte Patientenversorgung stets Vorrang vor wirtschaftlichen Interessen hat. Es gilt seit jeher die Grundmaxime der Rechtsprechung, daß derjenige, der ein Krankenhaus betreibt, für dessen ordnungsgemäße Organisation sowie für eine ausreichende personelle und apparative Infrastruktur einzustehen hat.

In dem Urteil vom 18.06.1985 (Az. VI ZR 234/83) hat der BGH zu den Organisationspflichten des Krankenhausträgers und zu seiner Haftung aus Organisationsverschulden bei mangelhafter personeller Ausstattung deutlich Stellung genommen.

Neben dem Krankenhausträger wurden aber auch der narkoseführende Arzt und der leitende Arzt der Anästhesieabteilung zivil- und strafrechtlich zur Verantwortung gezogen, weil

es infolge von Engpässen bei der personellen Besetzung oder bei Mängeln in der Ausstattung der Abteilung zu folgenreichen Zwischenfällen kam. Ihre Haftung wurde damit begründet, daß die Operation angesichts der personellen Unterbesetzung der Abteilung hätte verschoben oder der Patient in ein anderes Haus hätte verlegt werden müssen (vgl. *zur Haftung: W. Weißbauer, Haftung nachgeordneter Ärzte und Haftung aus der Führungsverantwortung aus juristischer Sicht, AnästhIntensivmed Heft 9/1998, S. 462ff.*).

Andererseits konnte der leitende Anästhesist aber weder auf die personelle Besetzung seiner Abteilung noch auf die Organisation des Operationsbereichs Einfluß nehmen. In Einzelfällen wurde nicht nur die geforderte personelle Verstärkung oder die Begrenzung der operativen Kapazität von Krankenhausträgern abgelehnt, sondern dem leitenden Anästhesisten auch noch die Kündigung

Fortsetzung Seite 3

Pflegerische Assistenz – Notwendig oder entbehrlich?

*Prof. Dr. med. G. Hack, Singen,
Ass. iur. E. Weis, Nürnberg*

Die Krankenhausträger sind verstärkt bestrebt, den Einsatz der Pflegekräfte zu ändern. Teilweise sollen Anästhesisten gänzlich ohne pflegerische Assistenz oder aber mit OP-Schwestern tätig werden.

Dieses Vorgehen ist in Hinblick auf den von der Rechtsprechung geforderten Facharztstandard bei der Patientenbehandlung als äußerst kritisch zu bewerten.

Fortsetzung Seite 4

Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie

- Entschließung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten – (AnästH Intensivmed Heft 2/1989, S. 56f.)

Unter dem Begriff ‚Parallelnarkosen‘ sind durch die Rechtsprechung und in der Fachliteratur mehrfach Zulässigkeit und Grenzen der gleichzeitigen Durchführung mehrerer Narkosen durch einen Anästhesisten erörtert worden. Eine erschöpfende Behandlung und abschließende Beurteilung dieses Problemkreises ist aber bisher nicht erfolgt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Fragenkomplex nicht nur Narkosen, sondern grundsätzlich sämtliche Anästhesieverfahren umfaßt.

Bei der Behandlung dieses Themas muß einerseits zwischen der Durchführung von Allgemein- und Regional- bzw. Lokalanästhesien differenziert werden und andererseits zwischen den verschiedenen Formen einer parallelen Durchführung in Abhängigkeit, ob dem verantwortlichen Anästhesisten zur Patientüberwachung Assistenzpersonal oder in Weiterbildung befindliche Ärzte zur Verfügung stehen, oder ob es sich darum handelt, daß der Operateur neben dem speziellen Eingriff auch die Verantwortung für das Anästhesieverfahren zu übernehmen hat.

Grundsätzlich unterliegt es keinem Zweifel, daß die modernen Anästhesieverfahren einen mit Gefahren verbundenen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten darstellen. Ihre Durchführung ist daher an die ärztliche Approbation gebunden und setzt darüber hinaus eingehende spezielle Kenntnisse und Erfahrungen voraus, die in der ärztlichen Weiterbildungsordnung normiert sind. Anästhesieverfahren können somit nicht an Krankenschwestern und Krankenpfleger oder sonstiges ärztliches Hilfspersonal zur selbständigen und eigenverantwortlichen Durchführung delegiert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß dem Anästhesisten nicht nur die Durchführung des eigentlichen Anästhesieverfahrens obliegt, sondern auch die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während des Eingriffes.

I. Die Durchführung von Parallelverfahren durch den Anästhesisten

Diese Feststellungen schließen nicht aus, daß in bestimmten, engbegrenzten Phasen eines Anästhesieverfahrens die Überwachung von Patient und Gerät durch eine speziell unterwiesene bzw. weitergebildete Anästhesiepflegekraft erfolgen kann. Wenn hierdurch die Patientensicherheit nicht beeinträchtigt werden soll, sind dabei die folgenden Kriterien als unabdingbare Voraussetzungen strikt zu beachten:

1. Eine Delegation 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.
2. Die mit Überwachungsfunktionen betraute Anästhesiepflegekraft muß über die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen verfügen und darüber hinaus über die besonderen medizinischen Umstände des Einzelfalles ausreichend unterrichtet sein.
3. Die Anästhesiepflegekraft darf nicht zugleich mit anderen Aufgaben betraut werden, etwa mit der Vorbereitung einer folgenden Anästhesie; sie muß sich vielmehr mit ihrer vollen Aufmerksamkeit und ohne Unterbrechung der Überwachung von Patient und Gerät widmen können.
4. Es ist klarzustellen, daß die Anästhesiepflegekraft im Rahmen ihrer Überwachungsfunktion keinerlei Handlungs- und Entscheidungskompetenz besitzt, abweichend von konkret festgelegten Regeln die Einstellung des Respirators oder die Zufuhr von Narkosegasen bzw. -dämpfen zu verändern, von sich aus intravenöse Narkosemittel, Muskelrelaxanzien, Kreislaufmittel u.ä. zu geben, ohne hierzu eine ärztliche Entscheidung im Einzelfall herbeigeführt zu haben. Die Anästhesiepflegekraft ist ebenso wenig berechtigt, ohne ausdrückliche ärztliche Anordnung eine Bluttransfusion durchzuführen oder Blutersatzmittel zu verabfolgen.
5. Die enge Weisungsabhängigkeit der Anästhesiepflegekraft setzt voraus, daß der für das Anästhesieverfahren verantwortliche Anästhesist sich in unmittelbarer Nähe des Geschehens aufhält und stets verfügbar bleibt, um unverzüglich die Leitung der Narkose übernehmen zu können.
6. Während der Einleitung und Ausleitung des Anästhesieverfahrens muß der Anästhesist unmittelbar zugegen sein.

Die selben Kriterien gelten auch, wenn statt einer Anästhesiepflegekraft ein jüngerer, beaufsichtigungsbedürftiger Arzt das Anästhesieverfahren überwacht, dessen Weiterbildungsstand in Abhängigkeit von dem Schwierigkeitsgrad des Einzelfalles eine selbständige Tätigkeit noch nicht erlaubt.

Die gleichen einschränkenden Bedingungen sind auch auf Regionalanästhesieverfahren anzuwenden, sofern das Verfahren und/oder der spezielle Eingriff erfahrungsgemäß mit einer Beeinträchtigung der vitalen Funktionen einhergehen kann. Dies wird man für die rückenmarksnahen Regionalanästhesieverfahren zu bejahen haben, aber z.B. auch für Eingriffe, die in der Regel eine Volumenssubstitution erforderlich machen.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß eine generelle Anordnung paralleler Anästhesieverfahren keinesfalls zulässig ist. Die Entscheidung kann nur ad hoc unter Berücksichtigung der aktuellen Situation im Einzelfall- in Abhängigkeit von der Art des Anästhesieverfahrens, der Art und Schwere des Eingriffes und dem Zustand des Patienten- getroffen werden und nur von demjenigen Anästhesisten, der vor Ort die Verantwortung für die Durchführung der Parallelverfahren zu tragen hat. Unzulässig ist somit auch, im Vorgriff auf eine solche ad-hoc-Entscheidung das tägliche Operationsprogramm von vornherein so zu gestalten, daß aufgrund der vorhersehbaren Personalsituation der Anästhesieabteilung die Durchführung von Parallelverfahren unterstellt wird.

Aus den gleichen Gründen muß ebenso kategorisch abgelehnt werden, die eng begrenzten Möglichkeiten einer parallelen Durchführung von Anästhesieverfahren zur Grundlage von Personalbedarfsermittlungen zu machen. Der Zwang zur sparsamen Wirtschaftsführung und zu einem rationalen Personaleinsatz darf nicht so weit führen, daß die Patientensicherheit konkret gefährdet wird und höchststrichliche Grundsatzentscheidungen mißachtet werden.

Darüber hinaus ist gegenüber dem Prinzip der bisher der Personalbedarfsermittlung zugrunde gelegten Anhaltszahlen der DKG festzustellen, daß das Prinzip 1 Op-Tisch=1 Arzt den heutigen Anforderungen der operativen Medizin und zugleich auch denen der Rechtsprechung nicht mehr genügt. Es kommt nicht nur darauf an, daß jeder anästhesiologische Arbeitsplatz mit einem

approbierten Arzt besetzt werden kann, sondern darauf, daß es sich um einen ausreichend qualifizierten Arzt handelt, d.h. um einen Arzt mit speziellen Kenntnissen und Erfahrungen in Abhängigkeit vom Schwierigkeitsgrad des Einzelfalles. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muß der ärztliche Anfänger von einem erfahrenen Arzt überwacht werden. Falls dieser zugleich einen anderen Op-Tisch zu versorgen hat, wie dies bei der Anwendung der DKG-Anhaltzahlen meist der Fall ist, handelt es sich nach der neuesten höchstrichterlichen Rechtsprechung ebenfalls um ein Parallelverfahren mit den sich daraus ergebenden einschränkenden Konsequenzen.

Darüber hinaus gibt es Anästhesieverfahren bzw. Eingriffe, deren Schwierigkeitsgrad von vornherein den Einsatz von zwei Anästhesisten erforderlich machen (z.B. in der Gefäß-, Kardio- und Neurochirurgie). Alle diese besonderen Umstände werden in einer Entschließung des Fachgebietes zur Personalbedarfsermittlung in der Anästhesiologie (*Anästhesiologie Heft 12/1984, S. 461*) berücksichtigt, nicht oder nicht ausreichend dagegen bei der gegenwärtigen Praxis der Personalbedarfsermittlung. Gerade diese Tatsache führt häufig zu einer mißbräuchlichen Anwendung von Parallelverfahren, wobei nicht die medizinische Situation, sondern unzulässigerweise der Personalmangel die Veranlassung darstellt.

II. Die Durchführung von Anästhesieverfahren durch den Operateur

Die gleichen Vorbehalte gelten im verstärktem Maße, wenn das Anästhesieverfahren von demjenigen Arzt verantwortlich durchgeführt wird, der zugleich den (diagnostischen oder therapeutischen) Eingriff ausführt. Für Narkosen verbietet sich ein derartiges Parallelverfahren, da die erforderliche Konzentration auf den Eingriff eine angemessene Überwachung von Patient und Gerät nicht zuläßt, und der Eingriff in der Regel nicht jederzeit unterbrochen werden kann, um sich narkosebedingten Schwierigkeiten zuwenden zu können.

Dasselbe gilt für solche operationsfeldfernen Regionalanästhesieverfahren, die erfahrungsgemäß mit einer Beeinträchtigung der vitalen Funktionen einhergehen können wie rückenmarksnahe Regionalanästhesien.

Keine Bedenken bestehen dagegen in der Regel gegen die Durchführung von operationsfeldnahen Regional- und lokalen Infiltrationsanästhesien durch den Operateur, wenn dieser über genügende Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie anästhesiebedingter Zwischenfälle verfügt und anästhesiologisch geschultes Assistenzpersonal zur Verfügung steht.

(vgl. auch *Stellungnahme des DGAI-Arbeitskreises Regionalanästhesie: Zur Frage der Durchführung von Regionalanästhesien durch Operateure, Anästhesiologie Heft 7/8/1996, S. 412f.*)

Die Übernahme der Doppelverantwortung für Eingriff und Anästhesieverfahren durch den Operateur stellt - von operationsfeldnahen Regional- und lokalen Infiltrationsanästhesien abgesehen - im stationären und klinikambulanten Bereich einen unvermeidbaren Anachronismus dar. Aber auch im praxis-ambulanten Bereich dürfen Kompromisse nicht soweit gehen, daß die Sicherheit der Patienten gefährdet wird, sondern sind nur insoweit vertretbar, wie sie durch die Tatsache gerechtfertigt werden können, daß praxis-ambulant durchgeführte Eingriffe in der Regel die Vitalfunktionen nicht tangieren und daß es sich um Patienten ohne besondere Risikofaktoren handelt. Davon abgesehen benötigt das praxis-ambulante Operieren die gleichen personellen Voraussetzungen wie das klinik-ambulante. Hieraus folgt, daß auch in der ambulanten Praxis anästhesiologische Parallelverfahren grundsätzlich nur zulässig sind, wenn durch das Anästhesieverfahren oder den operativen Eingriff die Vitalfunktionen nicht gefährdet werden.

Fortsetzung von S. 1 „Personalmangel...“

des Dienstvertrages angedroht, wenn er es trotz personeller Engpässe nicht schaffen sollte, den operativen Betrieb aufrechtzuerhalten.

Zu den Organisationspflichten des Krankenhausträgers führt der BGH aus:

„Das Berufungsgericht stellt in tatsächlicher Hinsicht fest, daß die Anästhesieabteilung personell unterbesetzt war.

...Unstreitig war die Situation der Klinikverwaltung... bekannt. ...

Trotzdem wurde versucht, unter Hinzuziehung von Ärzten, die noch am Anfang der Ausbildung standen und erst über geringe Erfahrungen in der Anästhesie verfügten, und unter Hinzuziehung qualifizierten Pflegepersonals die angesetzten Operationen ‚durchzuziehen‘. Alle dabei Beteiligten, sowohl die Ärzte, als auch die zuständigen Mitarbeiter des Krankenhausträgers wußten, daß dabei unter Umständen im Einzelfall der zum Schutz und zur Sicherung des Patienten erforderliche Standard der Anästhesieversorgung nicht eingehalten werden konnte. ...

Das durfte der Krankenhausträger nicht hinnehmen. Er versprach dem einzelnen Patienten bei der Aufnahme in die Klinik eine dem damaligen Standard einer großen Universitätsklinik entsprechende Behandlung, obwohl er in der Anästhesie nicht die erforderliche personelle Ausstattung zur Verfügung hatte. Er war unter solchen Umständen verpflichtet, organisatorisch Sorge dafür zu tragen, daß in jedem Fall eine ordnungsgemäße Narkose und deren Überwachung gewährleistet war. Er hatte zu diesem Zwecke eine ausreichende Anzahl von Stellen für die Anästhesie bereitzustellen und zu besetzen. Damit, daß der Krankenhausträger un widersprochen nicht alle vorhandenen Stellen besetzen konnte, weil es nicht genügend Bewerber gab, durfte sich der Krankenhausträger ... nicht beruhigen. Um ihren vertraglichen Pflichten nachzukommen und zum Schutze der Patienten ... hätte der Krankenhausträger dafür Sorge zu tragen müssen, daß in seiner Klinik nur Operationen ausgeführt wurden, die anästhesiologisch ordnungsgemäß betreut werden konnten. Solange er nicht genügend Anästhesisten für seine Klinik bekommen konnte, hätte er notfalls auf eine Auswei-

tung der chirurgischen Abteilung verzichten und weiter anordnen müssen, daß nach Erschöpfung der jeweils vorhandenen Kapazität die Patienten an andere Krankenhäuser zu verwiesen seien. Jedenfalls aber bedurfte es klarer Anweisungen an die Ärzte, wie bei einem plötzlichem Engpaß zu verfahren war. Es hätte etwa klargestellt werden müssen, daß und welche Operationen zurückzustellen seien, vor allem aber, welche noch in der Ausbildung befindlichen Ärzte oder welches Pflegepersonal bei der Anästhesie eingesetzt werden durfte und wie es dann wirksam angeleitet und überwacht werden konnte. Keinesfalls durfte der Krankenhausträger vor den ihm bekannten Zuständen mit der Gefahr ‚illegaler Praktiken‘ und sogenannter ‚Umimprovisationen‘ die Augen schließen und darauf vertrauen, die in der Klinik tätigen Ärzte würden mit der jeweiligen Situation schon irgendwie fertig werden und sie würden sich nach Kräften bemühen, die Patienten trotz allem vor Schäden zu bewahren“.

Konsequenzen für den Krankenhausträger

Der BGH stellte in dieser Entscheidung klar, daß Kapazitätsgrenzen das OP-Programm limitieren. Der Krankenhausträger, der dies erkennt, muß von sich aus für eine bessere Besetzung der Anästhesieabteilung sorgen oder Zahl und Umfang der Operationen begrenzen. Versäumt er dies, so haftet er auf Ersatz der Schäden, die auf die dann nötigen Improvisationen in der anästhesiologischen Versorgung zurückzuführen sind. Angesprochen ist in der dargestellten zivilrechtlichen Entscheidung des BGH nur die Schadenersatzpflicht des Krankenhausträgers. Für die strafrechtliche Verantwortung der zur Entscheidung in den Organen des Krankenhausträgers Berufenen wegen fahrlässiger Körperverletzung/Tötung kann aber nichts anderes gelten.

Mitteilungspflicht des Chefarztes

Die Organisationspflichten des Krankenhausträgers stellen freilich den leitenden Anästhesisten nicht frei von der Verantwortung, auf Engpässe der anästhesiologischen Versorgung mit allem Nachdruck hinzuweisen und Abhilfe zu fordern oder auf eine zweckentsprechende Organisation des Operationsbetriebes hinzuwirken und – von Notfällen abgesehen – letztlich u.U. die Durchführung von Betäubungsverfahren abzulehnen, wenn die ordnungsgemäße anästhesiologische Versorgung der Patienten nicht mehr gewährleistet werden kann.

Fortsetzung von Seite 1 „Pflegerische...“

Seit bald 30 Jahren hat sich die Anästhesiologie mit großem Engagement und mit viel Erfolg der Aufgabe der Weiterbildung von Pflegepersonal zu Fachpflegekräften in Anästhesiologie und Intensivmedizin gewidmet. Darüber hinaus besteht eine eigene Musterweiterbildungsordnung für Intensivpflege und Anästhesie, welche von der Deutschen Krankenhausgesellschaft 1976 erstmals empfohlen und 1988 novelliert wurde. Dabei ergeben sich neue und wesentlich erweiterte Aufgaben für das Anästhesiefachpflegepersonal im prä-, intra- und postoperativen Zeitraum, somit im Ablauf der gesamten perioperativen Versorgungskette (z.B. Vorbereitungs- und Nachsorgemaßnahmen im Bereich des Aufwachraumes, postsoperative Schmerztherapie, Assistenz bei der Eigenblutspende, Tätigkeiten im Rahmen einer Tagesklinik usw.)



In der Regel sollte jedem Anästhesisten eine Fachpflegekraft zur Verfügung stehen, um den notwendigen Leistungs- und Sorgfaltsstandards durch kompetente Assistenz und Zuarbeit gewährleisten zu können (vgl. Ziffer B der Entschließung zur Personalbedarfsermittlung in der Anästhesiologie = AnästhIntensivmed 25 (1984), S. 461ff). So sehen auch die offiziellen Anhaltzahlen für die personelle Besetzung von Anästhesiearbeitsplätzen mit Funktionspersonal – dem ärztlichen Dienst entsprechend – eine Fachpflegekraft pro Arbeitsplatz vor.

Aufgrund des bis vor wenigen Jahren herrschenden Pflegepersonalmangels und der später durch das GSG verordneten Sparzwänge scheint jedoch dieser Soll-Standard zur Zeit nicht bzw. nicht mehr in jedem Krankenhaus realisierbar zu sein. So entspricht es häufig der Praxis, daß eine Pflegekraft zumindest zeitweise zwei Arbeitsplätze inklusive der notwendigen Arbeiten außerhalb des OP zu versorgen hat.

Auch wenn wir unter knappen ökonomischen Ressourcen mit Kompromissen leben müssen, ist darauf hinzuweisen, daß die Rechtsprechung bei der Abwägung zwischen Wirtschaftlichkeitszwängen und Sorgfaltspflichten bis heute noch letzteren absoluten Vorrang einräumt, und sich daher nicht sicher vorhersagen läßt, ob und welche Kompromisse die Rechtsprechung billigen wird.

Zumindest während kritischer Phasen des Anästhesieverlaufs (z.B. Ein- und Ausleitung der Narkose), bei besonderen Vorkommnissen (z.B. Blutungen, allergische Reaktion, Kreislaufinstabilität bis hin zu vitalbedrohlichen Funktionsstörungen) sowie grundsätzlich bei zu erwartenden Komplikationen (z.B. Aspiration bei Ileus-Einleitung, Schock bei Nachblutung) und zur Assistenz bei der Durchführung von Regionalanästhesien oder bei intraoperativ erforderlichen Zusatzmaßnahmen (z.B. maschinelle Autotransfusion) ist die Unterstützung des Anästhesisten durch eine Anästhesiepflegekraft unverzichtbar.

Werden Aufgaben an sonstige nicht-ärztliche Mitarbeiter delegiert, so muß die Pflegekraft die hierfür erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten besitzen. Anderenfalls drohen haftungsrechtliche Konsequenzen (Organisations-/Übernahmeverschulden).

Werden OP-Fachkräfte zur Anästhesieassistenz eingeteilt, ohne mit den speziellen Aufgaben vertraut zu sein, so kann diese Maßnahme zu einem erhöhten Anästhesierisiko führen und u.U. als Organisationsverschulden gewertet werden.

Da nicht selten in kritischen Phasen des Operations- und Anästhesieverlaufs sowohl Operateur als auch Anästhesist auf eine qualifizierte Zuarbeit und Assistenz zeitgleich angewiesen sind, ist die Heranziehung von OP-Personal zur anästhesiologischen Assistenz insbesondere unter diesem Gesichtspunkt mehr als kritisch.

Der Einsatz von nicht ausreichend qualifizierten (Hilfs-)Kräften macht keinen Sinn, da der Überwachungsaufwand dieser Personen wesentlich größer ist als die dadurch erzielbare Entlastung.

Auch wenn OP-Pflegekräfte für die Tätigkeit im Anästhesiebereich ausreichend qualifiziert sein sollten, stellt sich die Frage, ob diese arbeitsrechtlich so ohne weiteres verpflichtet werden können, im Bereich der Anästhesie tätig zu werden.



Hinweis:

Die hier angesprochenen Urteile und Veröffentlichungen können bei Bedarf im Original bei der

BDA Geschäftsstelle
Iustitiare
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg

Tel.: 0911 / 9 33 78 – 17/27
Fax: 0911 – 3 93 81 95
e-mail: BDA.Iustitiare@dgai-ev.de

angefordert werden.