

# Informationen

des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.

## Vereinbarungen zwischen den Fachgebieten Chirurgie und Anaesthetie über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin\*

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Anaesthetie und Wiederbelebung, der Berufsverband Deutscher Anaesthetisten und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen treffen folgende Vereinbarung über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit auf den Wachstationen und den operativen Intensivbehandlungseinheiten:

### A. Organisation der Intensivmedizin und Begriffsbestimmungen

Die Fortschritte der Medizin bei der Behandlung Frischoperierter und Schwerstkranker lassen es vielfach als zweckmäßig erscheinen, die stationären Patienten, die einer besonders intensiven Überwachung und Behandlung bedürfen, innerhalb des Krankenhauses in Einheiten zusammenzufassen, die über eine entsprechende technische Ausrüstung und über speziell ausgebildetes Personal verfügen. Die Organisation der Intensivmedizin, die eine enge Zusammenarbeit der Vertreter verschiedener Fachgebiete erfordert, wirft insbesondere bei interdisziplinären Einheiten eine Reihe von Problemen auf, an deren optimaler Lösung im Geiste echter Kollegialität die Chirurgie als operatives Mutterfach und die Anaesthetie als Querschnittsfach in hohem Maße interessiert sind.

In der Praxis hat sich eine einheitliche Terminologie für die Bezeichnung dieser Einheiten noch nicht überall durchgesetzt. Dies hat die Diskussion um sachgerechte Lösungen zwischen den Fachgebieten, aber auch zwischen Ärzten und Krankenhausträgern oft erheblich erschwert. Die nachstehenden Grundsätze über die Aufgabenteilung und die Zusammenarbeit gehen von folgenden Begriffsbestimmungen aus:

*Aufwachraum.* Überwachungsraum ohne Stationscharakter für Frischoperierte, in dem diese im Bett ihrer Station solange verbleiben, bis sie aus der Narkose erwacht und wieder im Vollbesitz ihrer Schutzreflexe sind und keine unmittelbaren Komplikationen von seiten der Atmung und des Kreislaufs mehr zu erwarten sind.

*Wachstation (Intensivüberwachungseinheit).* Bettenstation zur intensiven Überwachung und zur Behandlung Frischoperierter nach ausgedehnten Eingriffen und zur präoperativen Überwachung und Behandlung Schwerkranker.

*Intensivbehandlungseinheit.* Betteneinheit für Schwerkranke, deren vitale Funktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und durch besondere Maßnahmen aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden müssen.

### B. Aufgabenteilung und Zusammenarbeit der Fachgebiete

Die beiden Fachgebiete sind sich über folgende Grundsätze einig:

I. Die Aufnahme eines Patienten in den Aufwachraum, die Wachstation oder die Intensivbehandlungseinheit eines Krankenhauses läßt die fachlichen Zuständigkeiten der am Krankenhaus tätigen Ärzte, insbesondere aber die des Facharztes, der den Patienten wegen des Grundleidens oder wegen fachbezogener Komplikationen behandelt, unberührt.

II. Aufwachraum, Wachstation und Intensivbehandlungseinheit bedürfen auch bei interdisziplinären Einheiten der Leitung durch einen Arzt, der die Verantwortung für die ordnungsgemäße ärztliche und pflegerische Betreuung der Patienten übernimmt. Dieser leitende Arzt hat den ihm zugeteilten nachgeordneten Ärzten und dem Hilfspersonal die erforderlichen generellen und speziellen Weisungen zu erteilen und ihre Durchführung zu überwachen: er trägt die Verantwortung für die Instandhaltung der technischen Einrichtung.

Für die ärztliche Behandlung ist der leitende Arzt nur im Rahmen seines Fachgebietes zuständig. Er hat für die rechtzeitige Zuziehung der fachlich zuständigen Ärzte zu sorgen und die reibungslose Zusammenarbeit zwischen Operateur und Anaesthetist sicherzustellen.

III. Die Aufwachräume unterstehen dem Anaesthetisten. Chirurgische Wachstationen sollen unter der Leitung des Chirurgen stehen, interdisziplinäre operative Intensivbehandlungseinheiten unter der Leitung des Anaesthetisten.

IV. Beide Fachgebiete sind sich darüber einig, daß sich die Notwendigkeit für die Errichtung von Wachstationen und Intensivbehandlungseinheiten, aber auch die Abgrenzung ihrer Funktionen nach den Gegebenheiten des einzelnen Krankenhauses bestimmen muß.

Für die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
gez. *Gütgemann*

Für den Berufsverband der Deutschen Chirurgen  
gez. *Müller-Osten*

Für die Deutsche Gesellschaft für Anaesthetie u. Wiederbelebung  
gez. *Hutschenreuter*

Für den Berufsverband Deutscher Anaesthetisten  
gez. *Henschel*

\* Nachdruck aus Nr. 11/1970 dieser „Informationen“

## Kommentar zu den vorstehenden Vereinbarungen zwischen den Fachgebieten Chirurgie und Anaesthesie über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin\*

Ministerialdirigent Dr. med. h. c. W. Weißbauer, München

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und der Berufsverband Deutscher Anaesthesisten haben nach längeren in bestem kollegialen Geiste geführten Verhandlungen die in den Informationen 7/70 als Entwurf veröffentlichte Vereinbarung über die Aufgabenteilung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin unterzeichnet. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Anaesthesie sind dem Abkommen beigetreten und haben es gleichfalls unterzeichnet. Die Vereinbarung erhält damit den Charakter eines Abkommens zwischen den beiden Fachgebieten. Sie ergänzt die zwischen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie und Wiederbelebung im Jahre 1964 vereinbarten „Richtlinien für die Stellung des leitenden Anaesthesisten“ (veröffentlicht im „Chirurg“ 1965, S. 48 und „Der Anaesthesist“ 1965, S. 31) entsprechend der zwischenzeitlichen Weiterentwicklung.

Mit dem im wesentlichen gleichen Problemkreis befassen sich die von den Fachgebieten Innere Medizin und Anaesthesie vereinbarten „Gemeinsamen Empfehlungen zur Organisation der Intensivmedizin am Krankenhaus“<sup>1</sup>. Die beiden Abkommen stehen schon vom Thema her vorgezeichnet in einem engen inneren Zusammenhang. Sie stimmen trotz einzelner Unterschiede in der Konzeption, die sich aus der verschiedenen Sicht der Fachgebiete erklären, in wesentlichen Punkten überein und bieten damit einen guten Ausgangspunkt für die Bemühungen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, auf weitere Sicht die beiden bilateralen Abkommen durch eine multilaterale Vereinbarung aller unmittelbar interessierten Fachgebiete über die Organisation der Intensivmedizin zu ersetzen.

Im folgenden soll auf den wesentlichen Inhalt und die Zielsetzung der beiden Abkommen eingegangen werden.

### 1. Das Bedürfnis nach der Errichtung von Intensiveinheiten

Die moderne Medizin hat neue Methoden und hochspezialisierte technische Einrichtungen zur Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der vitalen Funktionen Frischoperierter und Schwerstkranker entwickelt. Sie erhöht damit die Überlebens-

chancen der besonders gefährdeten Patienten und ermöglicht es, Krankheitsbilder zu beherrschen, die früher als incurabel gelten mußten.

Der mit diesen Methoden verbundene sehr hohe personelle und finanzielle Aufwand legt es nahe, die stationären Patienten, die einer besonders intensiven Überwachung und Behandlung bedürfen, innerhalb des Krankenhauses in speziell dafür eingerichteten Einheiten, den Intensiveinheiten, zusammenzufassen. Je nach der Größe des Krankenhauses und der Art des Krankengutes, nach Art und Zahl der dort vertretenen Fachgebiete und den konkreten baulichen und technischen Voraussetzungen nehmen diese entweder als fachgebundene Intensiveinheiten nur die Patienten eines Fachgebietes oder als interdisziplinäre die mehrerer bzw. aller am Krankenhaus vertretenen Fachgebiete auf. Besteht nur eine Intensiveinheit, wie oft an kleineren Krankenhäusern, so hat sie sowohl die Aufgabe der Intensivüberwachung als auch die der Intensivbehandlung wahrzunehmen; in größeren Krankenhäusern werden diese Funktionen in der Regel getrennten Einheiten übertragen.

### 2. Die organisatorischen Probleme

In der Intensivmedizin gilt es, wie kaum in einem anderen Bereich, durch die enge Zusammenarbeit der beteiligten Fachgebiete die Erkenntnisse und Erfahrungen der modernen Medizin für den in seinen vitalen Funktionen bedrohten Patienten nutzbar zu machen. Dazu muß die mit der zunehmenden Spezialisierung verbundene Gefahr der Isolierung des Spezialisten auf einem immer engeren Gebiet überwunden und der Weg zur gemeinsamen Behandlung gefunden werden, bei der die ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der vitalen Funktionen in enger Wechselbeziehung zur Behandlung des Grundleidens stehen. Will eine Zusammenarbeit der Fachgebiete die Gefahr positiver und der für den Patienten noch viel gefährlicheren unerkannten negativen Kompetenzkonflikte vermeiden, bei denen jeder der an der Behandlung beteiligten Ärzte davon ausgeht, sein Kollege sei für die konkrete Behandlungsmaßnahme zuständig, er selbst brauche sich deshalb nicht darum zu kümmern, so bedarf es in der Intensiveinheit einer klaren Aufgabenabgrenzung. Sie ist die unerläßliche Voraussetzung jeder sinnvollen Arbeitsteilung im medizinischen Bereich.

Neuartige organisatorische Probleme ergeben sich vor allem bei den bereits erwähnten interdisziplinären Intensiveinheiten. Sie sind in den herkömmlich nach Fachgebieten organisierten Krankenhäusern ein Novum. Für den Krankenhausträger stellt sich

\* Nachdruck aus Nr. 11/1970 dieser „Informationen“.

<sup>1</sup> Zur Vereinfachung werden im nachfolgenden Text die Vereinbarung zwischen den Fachgebieten Chirurgie und Anaesthesie als „Vereinbarung“ bezeichnet, die (hier nicht noch einmal abgedruckten) Gemeinsamen Empfehlungen zwischen den Fachgebieten Innere Medizin und Anaesthesie als „Gemeinsame Empfehlungen“.

vorrangig die Frage, ob solche interdisziplinäre Einheiten – wie die anderen Betteneinheiten – einer einheitlichen organisatorischen Leitung zu unterstellen sind und welchem Fach die Leitung übertragen werden soll. Für die an der Behandlung beteiligten Ärzte steht die Frage im Vordergrund, wie die Kompetenzen und die ärztliche Verantwortung für die Behandlung des Patienten zwischen dem Leiter der Einheit und dem für die Behandlung des Grundleidens zuständigen Arzt abgegrenzt werden sollen.

### 3. Zielsetzung des Abkommens

Das Ziel des Abkommens ist es, diese grundlegenden organisatorischen Fragen klären zu helfen und damit die interkollegiale Zusammenarbeit in der Intensivmedizin auf eine zuverlässige und dauerhafte Grundlage zu stellen. Zugleich hat die „Vereinbarung“ den Charakter einer an die Krankenhausträger und ihre Verbände gerichteten Empfehlung, die Intensivmedizin in Übereinstimmung mit den Vorstellungen der beteiligten Fachgebiete zu organisieren.

Bei der Diskussion um sachgerechte Lösungen zwischen den Fachgebieten, aber auch im Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenhausträgern, haben sich die unterschiedlichen Begriffe, die zur Bezeichnung der Intensivseinheiten verwendet wurden, in hohem Maße als störend erwiesen. Die „Vereinbarung“ hat deshalb den Grundsätzen über die Aufgabenteilung und Zusammenarbeit der Fachgebiete die Definition von Aufwachraum, Wachstation und Intensivbehandlungseinheit vorausgestellt. Sie sollen einer einheitlichen Terminologie und Funktionsabgrenzung den Weg bereiten. Der Klammerzusatz „Intensivüberwachungseinheit“ bei der Definition der Wachstation greift die systematische Unterscheidung zwischen Intensivüberwachungs- und Intensivbehandlungseinheiten auf, weist unter Beibehaltung der im operativen Bereich hergebrachten Bezeichnung auf die Einordnung der Wachstation in dieses begriffliche Schema hin und schlägt damit eine Brücke zu den zwischen den Fachgebieten Innere Medizin und Anaesthetik vereinbarten „Gemeinsamen Empfehlungen“, die von dieser Unterscheidung ausgehen.

### 4. Fachliche Zuständigkeit für die Behandlung des Patienten auf der Intensivseinheit

Ausgangspunkt der im Anschluß an die Definition der Intensivseinheiten zwischen den beiden Fachgebieten vereinbarten Grundsätze über die Aufgabenteilung und die Zusammenarbeit zwischen den Fachgebieten ist die Feststellung, daß die Aufnahme des Patienten in eine Intensivseinheit die fachlichen Zuständigkeiten der am Krankenhaus tätigen Ärzte nicht berührt. Sie findet sich in anderer Formulierung, aber in der Sache übereinstimmend, auch in Ziffer 5 der „Gemeinsamen Empfehlungen“ der Fachgebiete Innere Medizin und Anaesthetik.

Ausdrücklich weist Ziffer I der „Vereinbarung“ darauf hin, daß dies insbesondere für die Zuständigkeit des Facharztes gilt, der den Patienten wegen des Grundleidens oder wegen fachbezogener Komplikationen behandelt. Der vom Chirurgen wegen einer schwerwiegenden Störung der Vitalfunktionen auf eine interdisziplinäre Einheit verlegte Patient *verbleibt also in der fachchirurgischen Behandlung*. Nur wenn dieser Grundsatz strikt beachtet wird, erscheint eine reibungslose Zusammenarbeit auf der interdisziplinären Einheit gewährleistet. Um es noch einmal zu betonen: *Die Abgrenzung der fachlichen Kompetenzen, die sich aus der Definition der Fachgebiete in der Weiterbildungsordnung ergibt, gilt auch auf der Intensivseinheit, gleichgültig unter wessen Leitung sie steht.*

Der Leiter der Intensivseinheit ist sonach, wie in der Vereinbarung ausdrücklich festgestellt wird, für die Behandlung des Patienten nur im Rahmen seines Fachgebietes zuständig. Wird eine Behandlung außerhalb der Grenzen seines Fachgebietes erforderlich, so hat er den fachlich zuständigen Arzt zuzuziehen. Steht eine interdisziplinäre Intensivseinheit unter der Leitung des Anaesthesisten, so hat er z. B. bei einer postoperativen Nachblutung sofort den Vertreter des zuständigen operativen Fachgebietes zu unterrichten; daß er – wie jeder andere Arzt – unaufschiebbare Eil- und Notmaßnahmen ohne Rücksicht auf die Fachbereichsgrenzen treffen muß, versteht sich von selbst.

Hinsichtlich der Belegung der Intensivseinheit wird davon auszugehen sein, daß der Krankenhausarzt, in dessen Behandlung der Patient steht, darüber entscheidet, ob er ihn in seiner eigenen Abteilung weiterbehandelt oder auf die interdisziplinäre Intensivseinheit verlegen will. Zur Aufnahme in die Intensivseinheit wird es allerdings des Einvernehmens mit ihrem Leiter schon deshalb bedürfen, weil ihre Kapazitäten in der Regel eng begrenzt sind und die Betten deshalb den vordringlichen Fällen vorbehalten werden müssen. Ebenso wird es Sache des Krankenhausarztes sein, der den Patienten auf die Intensivseinheit verlegt hat, seine Rückverlegung anzuordnen, sobald ihm das aus fachlichen Gründen angezeigt erscheint. Darüber hinaus wird aber auch dem Leiter der Einheit die Befugnis einzuräumen sein, die Rückverlegung auf die Fachabteilung zu verlangen, wenn die Betten für vordringlichere Fälle benötigt werden. Daß sich dabei im Einzelfall eine Beratung zwischen den beteiligten Ärzten empfehlen wird, bedarf keiner Erörterung. Unterläßt es der für die Behandlung des Grundleidens zuständige Arzt, den Patienten auf die Intensivseinheit zu verlegen, obwohl dies fachlich geboten wäre, oder ordnet er gegen den Rat des Leiters dieser Einheit die Rückverlegung an, so trägt er als behandelnder Arzt dafür die ärztliche und rechtliche Verantwortung.

### 5. Einheitliche organisatorische Leitung der interdisziplinären Intensivseinheiten

Die „Vereinbarung“ und ebenso die „Gemeinsamen Empfehlungen“ halten es für erforderlich, die orga-

nisatorische Leitung auch bei interdisziplinären Intensivseinheiten in eine Hand zu legen. Der Leiter einer solchen Einheit hat die Aufgabe, in enger Zusammenarbeit mit den beteiligten Fachgebieten, deren Zuständigkeit für die Behandlung des Grundleidens und der fachbezogenen Komplikationen unberührt bleibt, für die ordnungsgemäße ärztliche und pflegerische Betreuung der Patienten und die Koordinierung der Behandlungsmaßnahmen zu sorgen.

Die Bestellung eines Arztes als Leiter interdisziplinärer Einheiten erscheint schon deshalb als unerlässlich, weil die auf der Intensivseinheit tätigen nachgeordneten Ärzte und Heilhilfspersonen bei den Maßnahmen zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der vitalen Funktionen einheitlicher genereller und spezieller Weisungen und einer einheitlichen Kontrolle bei der Durchführung bedürfen. Es wäre für den Krankenhausträger wie für alle beteiligten Ärzte in höchstem Maße unrationell, wenn die Vertreter der einzelnen Fachgebiete auch insoweit die Verantwortung für die ordnungsgemäße ärztliche und pflegerische Betreuung ihrer Patienten auf der interdisziplinären Einheit übernehmen müßten. Das Fehlen einer einheitlichen organisatorischen Leitung würde nicht nur die Arbeit der nachgeordneten Ärzte und des Pflegepersonals außerordentlich erschweren, sondern auch die Gefahr schwerwiegender Koordinationsmängel und Verständigungsfehler bei der ärztlichen Behandlung und der Pflege der Patienten begünstigen.

Bei der hochspezialisierten und oft außerordentlich kostspieligen technischen Einrichtung der Intensivseinheiten kommt hinzu, daß auch die Verantwortung für ihre Pflege und Instandhaltung nur in einer Hand liegen kann.

## 6. Wem soll die Leitung der Intensivseinheiten übertragen werden?

In dieser Frage liegt verständlicher Weise eines der Kernprobleme der „Vereinbarung“. Keine Schwierigkeiten hat die Einigung darüber, daß der *Aufwachraum*, der lediglich der Überwachung der Patienten bis zum Abklingen der Narkose dient, unter der Leitung des *Anaesthesisten* stehen soll. Dies ist von der Funktion dieser Einheit her eindeutig vorgezeichnet.

Die *fachgebundene chirurgische Wachstation* soll nach der „Vereinbarung“ der Leitung des *Chirurgen* unterstehen. Diese Lösung stimmt überein mit den „Gemeinsamen Empfehlungen“, die davon ausgehen, daß fachgebundene Intensivseinheiten jeweils unter der Leitung des zuständigen Fachvertreters stehen sollen.

Damit sind freilich nicht alle Probleme geklärt. Gerade im Bereich der postoperativen Betreuung der Patienten auf der Wachstation ergeben sich gelegentlich Meinungsverschiedenheiten über die Abgrenzung der Aufgabenbereiche zwischen Chirurg und Anaesthetist. Ihre endgültige Klärung wird künftigen Vereinbarungen zwischen den Fachgebie-

ten vorzubehalten sein. Um aber einige Anhaltspunkte zu geben, darf bemerkt werden: Als unzweifelhaft erscheint, daß die postoperative Behandlung, soweit sie sich auf den speziellen Eingriff bezieht, Sache des Chirurgen, soweit sie sich auf Narkosefolgen bezieht, dagegen Aufgabe des Anaesthesisten ist. Als Ausgangspunkt für die gelegentlich umstrittene Abgrenzung der Kompetenzen bei den Maßnahmen zur Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung gestörter Vitalfunktionen auf der chirurgischen Wachstation kann gelten, daß nach der Definition der Aufgabenbereiche in der Weiterbildungsordnung für Maßnahmen der Intensivüberwachung und der Intensivbehandlung bei chirurgischen Fällen sowohl der Chirurg zuständig ist als auch der Anaesthetist, zu dessen Fachgebiet diese Maßnahmen ohne Rücksicht darauf gehören, welches Fachgebiet für die Behandlung des Grundleidens zuständig ist. Auf dieser Ausgangsbasis einer beiderseitigen fachlichen Kompetenz sollte die Aufgabenverteilung auf der chirurgischen Wachstation durch eine kollegiale Absprache zwischen Chirurg und Anaesthetist getroffen werden, die an den konkreten Bedürfnissen des Krankenhauses, an den individuellen wissenschaftlichen Interessen und an den praktischen Erfahrungen, vor allem aber auch an der für diese Aufgabe zur Verfügung stehenden Arbeitszeit zu orientieren ist.

Es wird freilich immer wieder Fälle geben, in denen sich die Beteiligten nicht über die Abgrenzung der postoperativen Aufgaben einigen können. Der Verfasser dieses „Kommentars“ hat stets empfohlen, der Anaesthetist solle dem Chirurgen, der die älteren und engeren Beziehungen zu seinen Patienten hat, bei drohenden Kompetenzstreitigkeiten die postoperative Überwachung und Behandlung gestörter Vitalfunktionen auf der fachgebundenen Wachstation in vollem Umfang überlassen, soweit die Störung nicht als unmittelbare Folge des Betäubungsverfahrens und damit als Narkosekomplikation gelten muß. Namhafte Chirurgen vertreten andererseits die Auffassung, der Anaesthetist sollte den Chirurgen auf der fachgebundenen Wachstation begleiten, um ihn im Rahmen seiner fachlichen Zuständigkeit bei der Behandlung zu beraten und zu unterstützen. Wird nach diesen Empfehlungen verfahren, so sollte die Zusammenarbeit zwischen Chirurg und Anaesthetist auch in diesem Bereich keinen Schwierigkeiten begegnen.

Die organisatorische Leitung der *interdisziplinären operativen Intensivbehandlungseinheit* soll nach Auffassung beider Fachgebiete dem *Anaesthesisten* zustehen. Auch insoweit besteht Übereinstimmung mit den „Gemeinsamen Empfehlungen“. Hinsichtlich der Aufgabenteilung auf den interdisziplinären Einheiten gilt der bereits erwähnte Grundsatz, daß für die Behandlung des Grundleidens und der fachbezogenen Komplikationen der Chirurg zuständig bleibt.

Die früher gelegentlich gestellte Frage, wessen Patient der auf die interdisziplinäre Intensivseinheit

Verlegte ist, bedurfte in der „Vereinbarung“ keiner ausdrücklichen Antwort. Soweit es um die fachliche Kompetenz geht, steht er in der Behandlung sowohl des Chirurgen als auch des Anaesthesisten, dem die Sorge für die vitalen Funktionen obliegt. Die administrative Zuordnung, nämlich ob er verwaltungstechnisch weiter als Patient der Chirurgischen Abteilung oder während des Aufenthaltes auf der interdisziplinären Einheit als deren Patient geführt wird, ist von sekundärer Bedeutung. Sie zu regeln, ist Sache der Krankenhausverwaltung.

Für die Liquidation der auf einer interdisziplinären Einheit erbrachten ärztlichen Leistungen ist davon auszugehen, daß jeder Arzt die Leistungen in Rechnung stellt, die er erbracht hat.

### **7. Tätigkeit und Weiterbildung nachgeordneter Ärzte auf den interdisziplinären Einheiten**

Die „Vereinbarung“ zwischen Chirurgen und Anaesthesisten enthält keine Absprachen zu diesem Fragenkreis, wohl aber die „Gemeinsamen Empfehlungen“. Der dort niedergelegte Grundsatz, daß alle auf der Einheit tätigen nachgeordneten Ärzte der Weisungsbefugnis des Leiters der Einheit unterstehen, kann unbedenklich auch im Verhältnis zwischen den Fachgebieten Chirurgie und Anaesthesie angewendet werden. Er bezieht sich, was nach den früheren Ausführungen als nahezu selbstverständlich erscheint, nicht auf nachgeordnete Ärzte, die im Auftrag ihrer Fachabteilung zur Behandlung des Grundleidens auf der interdisziplinären Intensivbehandlungseinheit tätig werden.

Beachtenswert erscheint auch der in den „Gemeinsamen Empfehlungen“ niedergelegte Vorschlag, die der Intensivereinheit zugehörigen ärztlichen Planstellen paritätisch den Fachabteilungen zusätzlich zuzuordnen, um nachgeordneten Ärzten aller Fachabteilungen Gelegenheit zu bieten, Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Intensivmedizin zu erwerben. Auch wenn der Krankenhausträger eine andere Form der Planstellenzuteilung wählen sollte, muß schon im Hinblick auf den in den Richtlinien zur Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Inhalt der Weiterbildung in Chirurgie durch die Zusammenarbeit der Fachgebiete gewährleistet werden, daß der angehende Chirurg Gelegenheit erhält, durch die Arbeit auf der interdisziplinären Intensivbehandlungseinheit Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivbehandlung zu erwerben. Ebenso muß umgekehrt dem angehenden Anaesthesisten Gelegenheit geboten werden, Kenntnisse und Erfahrungen in der Intensivmedizin auf einer fachgebundenen

Intensivereinheit zu sammeln, falls keine interdisziplinäre Einheit unter der Leitung des Anaesthesisten besteht.

### **8. Die Einrichtung bestimmter Intensivereinheiten bei den einzelnen Krankenhäusern**

In ihrer Aussage zu diesem Fragenkomplex differieren die „Gemeinsamen Empfehlungen“ am deutlichsten von der „Vereinbarung“, die es (bewußt) vermeidet, Bettenzahlen und ähnliche Kriterien festzulegen, anhand deren sich entscheiden soll, ob fachgebundene oder interdisziplinäre Intensivereinheiten einzurichten sind. Die „Vereinbarung“ geht davon aus, daß sich die Notwendigkeit für die Errichtung von Wachstationen und Intensivbehandlungseinheiten, aber auch die Abgrenzung ihrer Funktionen nach den Gegebenheiten des einzelnen Krankenhauses bestimmen müsse.

Die „Gemeinsamen Empfehlungen“ schlagen dagegen vor, bei Krankenhäusern mit mehr als 300 Betten sollten in der Regel für die Intensivmedizin zwei getrennte Einheiten eingerichtet werden, eine interdisziplinäre operative und eine konservative interne, wobei die Möglichkeit, daneben fachgebundene Wachstationen einzurichten, unberührt bleiben soll.

Die Leitung einer interdisziplinären Einheit in kleineren Krankenhäusern, die zur Aufnahme sowohl operativer als auch konservativ-interner Fälle dient, soll nach den „Gemeinsamen Empfehlungen“ einer der beteiligten Chefärzte übernehmen, der mit den Prinzipien der Intensivmedizin vertraut ist. Die konkreten Umstände sollen dabei den Ausschlag geben. Eine Festlegung auf bestimmte Fachgebiete wurde in den „Gemeinsamen Empfehlungen“ auf Wunsch des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen entgegen ursprünglichen Entwurfsfassungen vermieden.

Die Gespräche und Verhandlungen zwischen den Fachgebieten um die vorliegende „Vereinbarung“ und die „Gemeinsamen Empfehlungen“ haben zur Klärung wesentlicher organisatorischer Streitfragen geführt. Sie haben über dieses konkrete Ergebnis hinaus dazu beigetragen, das Gefühl der kollegialen Zusammengehörigkeit zwischen den Fachgebieten zu vertiefen und Ressentiments abzubauen. Der Weg der bilateralen und der multilateralen Abkommen zwischen den beteiligten Fachgebieten sollte auch künftig beschritten werden, um die mit der Intensivmedizin gebotenen Möglichkeiten zum Wohle der Patienten optimal zu nützen.