

Informationen

des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.

Zusatzabkommen zu Punkt 3 der Vereinbarung über die Lagerung des Patienten zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen vom 28. August 1982*

I. Der Punkt 3 der obenerwähnten Vereinbarung lautet:

3. Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch

Die Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch ist eine gemeinsame Aufgabe von Chirurg und Anästhesist. Auszugehen ist von den Erfordernissen des operativen Vorgehens. Hat der Anästhesist gegen die vom Chirurgen gewünschte Lagerung Bedenken wegen der damit verbundenen anästhesiologischen Risiken (Erschwerung der Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen,

Gefahr von Lagerungsschäden), so hat er den Chirurgen darauf hinzuweisen. Dieser entscheidet unter Abwägung der für und gegen diese Lagerung sprechenden Gesichtspunkte; er trägt die ärztliche und rechtliche Verantwortung dafür, daß Gründe des operativen Vorgehens die erhöhten Risiken der von ihm gewünschten Lagerung rechtfertigen. Der Anästhesist hat dieses erhöhte Risiko bei seinem Vorgehen in Rechnung zu stellen und die erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen zu treffen.

II. Das Zusatzabkommen hat folgenden Wortlaut

Verantwortung für die prä-, intra- und postoperative Lagerung des Patienten

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen haben folgende Ergänzung zu Punkt 3 der *Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung vom 28. August 1982* beschlossen:

Lagerung des Patienten

Die prä-, intra- und postoperative Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch und ihre Überwachung ist eine gemeinsame Aufgabe von Chirurg und Anästhesist. Druck und Zerrung können in der Narkose zu Lähmungen - insbesondere im Bereich der Extremitäten - und anderen Schäden führen. Es empfiehlt sich, die Art der Lagerung zu dokumentieren.

1. Für die Lagerung des Patienten zur Einleitung der Narkose und für die Überwachung bis zur operationsbedingten Lagerung ist der Anästhesist verantwortlich.

2. Die Entscheidung über die Art der Lagerung zur Operation bestimmt sich nach den Erfordernissen des operativen Vorgehens unter Berücksichtigung

des anästhesiologischen Risikos. Hat der Anästhesist gegen die vom Chirurgen gewünschte Lagerung Bedenken wegen der Erschwerung der Überwachung und der Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen oder der Gefahr von Lagerungsschäden, so hat er den Chirurgen darauf hinzuweisen. Dieser wägt die für und gegen die Lagerung sprechenden Gesichtspunkte gegeneinander ab. Er trägt die ärztliche und rechtliche Verantwortung dafür, daß Gründe des operativen Vorgehens die erhöhten Risiken der von ihm gewünschten Lagerung rechtfertigen.

3. Die Durchführung der Lagerung auf dem Operationstisch fällt prinzipiell in den Aufgabenbereich des Chirurgen. Pflegekräfte, die den Patienten auf dem Operationstisch lagern, handeln dabei in seinem Auftrag und unter seiner Verantwortung, gleichgültig welcher Fachabteilung sie dienstplanmäßig zugeordnet sind. Der Chirurg hat die erforderlichen Weisungen zu erteilen; er hat die Lagerung vor dem Beginn der Operation zu kontrollieren. Auf erkennbare Fehler bei der Lagerung hat jedoch der Anästhesist hinzuweisen.

Der Anästhesist ist verantwortlich für die Lagerung der Extremitäten, die er für die Narkoseüberwachung sowie für die Applikation von Narkosemitteln und Infusionen benötigt. Er hat die spezifischen Sicherungsmaßnahmen zu treffen, die sich aus der Lagerung des Patienten für die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen ergeben.

* Siehe „Informationen“ Nr. 10/1982

4. Für die Entscheidung über planmäßige Lageveränderungen während der Operation und für die Durchführung gelten die eben aufgeführten Grundsätze über die Aufgabenteilung zwischen Chirurg und Anästhesist sinngemäß.

Im Verlauf des Eingriffes können sich unbeabsichtigte Lageveränderungen ergeben, die das Lagerungsrisiko erhöhen. Soweit solche Lageveränderungen und andere Einwirkungen auf den Körper des Patienten vom Operateur und seinen Mitarbeitern ausgehen, ist dieser für die Kontrolle verantwortlich. Bemerkt der Anästhesist eine nicht beabsichtigte Lageveränderung oder andere Einwirkungen, die mit Risiken für den Patienten verbunden sind, so muß er den Operateur darauf hinweisen.

Dem Anästhesisten obliegt die intraoperative Kontrolle hinsichtlich der Extremitäten, die er für die Überwachung und die Infusion benötigt.

5. Die Verantwortung für die Lagerung einschließlich der Umlagerung des Patienten nach Beendigung der Operation bis zur Beendigung der postanästhesiologischen Überwachung trägt der Anästhesist, so-

weit nicht besondere Umstände die Mitwirkung des Operateurs bei der Umlagerung erfordern.

Schlichtungskommission Chirurgie - Anästhesiologie

Zur Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten zwischen Mitgliedern des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten über die fachlichen Kompetenzen und über die wechselseitige Abgrenzung ihrer Rechte und Pflichten tritt eine paritätisch besetzte Schiedskommission zusammen, wenn die beteiligten Ärzte oder der Krankenträger dies wünschen. Die Schiedskommission versucht, den Streit unter Zugrundelegung der Grundsätze der Vereinbarung zwischen den beiden Berufsverbänden durch eine gütliche Einigung der Beteiligten beizulegen.

Beide Berufsverbände unterrichten sich über grundsätzliche Fragen, die sich bei der Zusammenarbeit zwischen Anästhesist und Chirurg ergeben.

III. Kommentar

Zur Vereinbarung über die Lagerung des Patienten

W. Weißbauer

Die vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen beschlossene Ergänzung zu Punkt 3) der Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung von 1982 differenziert und konkretisiert die Aufgabenteilung und die Verantwortung für die Lagerung des Patienten. Unterschieden werden nun vier Phasen, die sich am zeitlichen Ablauf der Zusammenarbeit zwischen Chirurg und Anästhesist orientieren. In allen vier Phasen geht es ausschließlich um die Verantwortung für die Lagerung. Unabhängig von den spezifischen Problemen der Lagerung ist der Anästhesist, was keiner näheren Ausführung bedarf, in allen diesen Phasen für die Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Vitalfunktionen zuständig.

1. Präoperative Phase

Der Anästhesist ist für die Lagerung des Patienten zur Einleitung des Betäubungsverfahrens und für die Überwachung der Lagerung solange verantwortlich, bis der Patient für die Operation gelagert wird. Hilfskräfte, die bei der Lagerung zum Betäubungsverfahren mitwirken, stehen unter Weisung und Aufsicht des Anästhesisten, auch wenn sie dienstplanmäßig einer anderen Abteilung zugeordnet sind.

2. Lagerung zur Operation („Anfangslagerung“)

Da sich die Lagerung primär nach den Erfordernissen des operativen Vorgehens bestimmt, hat der Operateur über die Art der Lagerung zu entscheiden. Er hat anhand etwaiger Einwendungen des Anästhesisten, die dieser unter dem Gesichtspunkt der Erschwerung der Überwachung der Vitalfunktionen oder von Narkoselähmungen erhebt, zu prüfen, ob überwiegende Gründe aus der Sicht des operativen Vorgehens gleichwohl für diese Lagerung sprechen. Er trägt die volle ärztliche und rechtliche Verantwortung dafür, daß er diese Abwägung mit der gebotenen Sorgfalt vornimmt.

Mit der Kompetenz zur Entscheidung über die Lagerung korrespondiert die Verpflichtung, dem Pflegepersonal die für die Durchführung der Lagerung erforderlichen Anweisungen zu erteilen und die Lagerung vor Beginn der Operation zu kontrollieren. Der Bundesgerichtshof hat diese beiden Verpflichtungen des Operateurs in einem Urteil vom 24. Jan. 1984 - VI ZR 203/82 - eindeutig bejaht. Er fordert darüber hinaus die Dokumentation der Lagerung, die gleichfalls dem Operateur obliegen wird (vgl. die Urteilsbesprechung von W. Weißbauer, *Anästh. und Intensivmed.* 2/1985, S. 65 f.).

Nach dem Grundsatz der strikten Arbeitsteilung und nach dem Vertrauensgrundsatz darf der Anä-

sthesist, wenn sich keine gegenteiligen Anhaltspunkte aufdrängen, darauf vertrauen, daß der Operateur die ihm im Rahmen der Anfangslagerung obliegenden Pflichten mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt hat.

Eine Ausnahme von dieser Kompetenzverteilung gilt für den „Infusionsarm“ und andere Extremitäten, die der Anästhesist für die Applikation der Narkotika sowie für die laufende Überwachung des Patienten benötigt. Die Gefahr der Narkoselähmung droht insoweit insbesondere aus Überdehnungen und Überstreckungen.

3. Intraoperative Lageveränderungen

Zu unterscheiden ist zwischen den planmäßigen Lageveränderungen und den unbeabsichtigten, die unwillkürlich und oft vom Operationsteam unbemerkt eintreten.

3.1. Ob *planmäßige* Lageveränderungen vorzunehmen sind, bestimmt sich, wie die Anfangslagerung, primär nach den Erfordernissen des operativen Vorgehens. Der Anästhesist muß auf Bedenken gegen solche Lageveränderungen aus der Sicht seines Aufgaben- und Verantwortungsbereiches hinweisen; der Operateur hat letztlich über die Lageveränderung (Umlagerung) zu entscheiden und trägt dafür sowie für die Kontrolle der Lageveränderung die Verantwortung.

3.2. Problematischer in der Abgrenzung der Aufgaben und der Verantwortung zur Vermeidung von Lagerungsschäden sind die unbeabsichtigten Lageveränderungen, so etwa, wenn der Patient auf dem schräg gestellten Operationstisch im Verlaufe der Operation etwas abrutscht und sich daraus ein Druck auf lähmungsgefährdete Körperregionen ergibt. In dem bereits erwähnten Urteil, bei dem es um eine Lähmung der oberen Extremitäten bei einem Eingriff in Knie-Ellenbogenlage mit einer Kopfstütze (sog. Häschenstellung) ging, meinte der Bundesgerichtshof, dem Anästhesisten habe während der Operation die Kontrolle der „Kopflage aus neurologischer Sicht“ obliegen. Diese Aussage bezieht sich auf den konkreten Fall; dahinter könnte freilich die Tendenz stehen, dem Anästhesisten generell eine intraoperative Überwachungs- und Kontrollpflicht zur Abwendung von Lagerungsschäden aufzuerlegen.

Richtig ist zwar, daß der Anästhesist mit der Narkose die Schutzreflexe gegen Druck und Zerrung ausschaltet sowie den stützenden Muskeltonus abbaut und damit die Voraussetzungen setzt, unter denen Druck und Zerrung zu Narkoselähmungen führen können. Anzuerkennen ist weiter, daß im Rahmen der Arbeitsteilung grundsätzlich der ärztliche Spezialist, der eine bestimmte Methode anwendet, auch die Verantwortung dafür trägt, daß die immanenten Risiken auf das nach dem heutigen Stand der Medizin mögliche Minimum reduziert werden. Daraus kann jedoch schon deshalb keine umfassende Verpflichtung des Anästhesisten zur intraoperativen

Lagekontrolle hergeleitet werden, weil er lediglich eine dem Operateur und seinen Mitarbeitern bekannte Voraussetzung dafür schafft, daß Druck und Zerrung als unmittelbare Ursachen zu den sog. Lagerungsschäden führen können. Aufgabe des Operateurs und seiner Mitarbeiter ist es deshalb, auf Lageveränderungen zu achten, die sich aus dem operativen Einwirken auf den Körper des Patienten ergeben können.

Zu diesen rechtlichen Erwägungen kommen die Grenzen der Praktikabilität: Der Anästhesist hat mit der Narkoseführung sowie mit der Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen einen Aufgabenbereich von hoher eigener Verantwortung, auf den er sich konzentrieren muß. Zudem liegt das operative Geschehen, da der Patient mit Operationstüchern abgedeckt ist, weitgehend außerhalb seines Blickfelds und seiner Einwirkungsmöglichkeiten.

Die Kontrolle der unbeabsichtigten Lageveränderungen und der daraus sich ergebenden Gefahren von Lagerungsschäden ist sonach Aufgabe des Operateurs und seines Teams. Eine Ausnahme gilt auch insoweit für den „Infusionsarm“, für den der Anästhesist zuständig ist.

Nach dem Vertrauensgrundsatz muß der Anästhesist nicht kontrollieren, ob der Operateur mit der gebotenen Sorgfalt auf Lageveränderungen achtet und zutreffend auf sie reagiert. Bemerkt der Anästhesist aber Lageveränderungen, aus denen sich Risiken ergeben oder sieht er etwa, daß der Operateur oder seine Assistenten sich auf den Körper des Patienten abstützen, so muß er sie darauf hinweisen.

4. Postoperative Phase

Der Anästhesist ist verantwortlich für die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen des Patienten, bis die Narkosewirkungen abgeklungen und die Schutzreflexe wieder hergestellt sind. Er trägt in dieser Phase folgerichtig auch die Verantwortung für die Lagerung des Patienten einschließlich seiner Umlagerung vom Operationstisch. Die Verantwortung des Anästhesisten endet erst mit der Übergabe des Patienten an die Pflegekräfte, die ihn auf die Betteneinheit zurückbringen.

Erfordert das operative Vorgehen eine bestimmte postoperative Lagerung, so bedarf es der Verständigung zwischen Operateur und Anästhesist.

Ziel beider Berufsverbände mit ihren Vereinbarungen zur Lagerung des Patienten ist es, für eine klare Zuweisung und Abgrenzung der Aufgaben zu sorgen. Unklare Kompetenzabgrenzungen erhöhen die Risiken der Zusammenarbeit. Mit einer in ihren Grenzen unklaren Doppelverantwortung von Operateur und Anästhesist für die Lagerung des Patienten ist niemandem gedient.