

Informationen

des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.

Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung

Chirurg und Anästhesist erfüllen bei ihrer präoperativen, intraoperativen und postoperativen Zusammenarbeit eine gemeinsame Aufgabe im Dienste des Patienten. Ihre Kooperation auf der Grundlage präziser Aufgabenteilung und wechselseitigen Vertrauens bietet die beste Gewähr für die Ausschaltung vermeidbarer Risiken sowie für eine reibungslose und zügige Abwicklung des Operationsprogrammes. Damit entspricht diese Zusammenarbeit auch den Erfordernissen einer wirtschaftlichen Behandlungsweise, die jedoch weder die Sicherheit des Patienten noch den Therapieerfolg beeinträchtigen darf.

Das Ziel beider Berufsverbände ist es, im Geiste kollegialen Einverständnisses und in ständiger wechselseitiger Konsultation das interdisziplinäre Zusammenwirken überall dort noch zu verbessern, wo in der täglichen Arbeit Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten auftreten können. Sie vereinbaren deshalb in Erweiterung und Ergänzung der bestehenden Abkommen* folgende

Leitsätze für die Zusammenarbeit von Chirurgen und Anästhesisten in der prä-, intra- und unmittelbaren postoperativen Phase

Der Chirurg ist nach den Grundsätzen einer strikten Arbeitsteilung zuständig und verantwortlich für die Planung und Durchführung des operativen Eingriffes, der Anästhesist für die Planung und Durchführung des Betäubungsverfahrens sowie für die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen. Beide Ärzte dürfen, solange keine offensicht-

lichen Qualitätsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden, wechselseitig darauf vertrauen, daß der Partner der Zusammenarbeit die ihm obliegenden Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt.

1. Präoperative Phase

1.1 Der Chirurg entscheidet über die Indikation zum Eingriff sowie über Art und Zeitpunkt der Operation. Der Anästhesist unterrichtet den Chirurgen umgehend, wenn aus der Sicht seines Fachgebietes Kontraindikationen gegen den Eingriff oder seine Durchführung zu dem vorgesehenen Zeitpunkt erkennbar werden. Die Entscheidung, ob der Eingriff dennoch durchgeführt werden muß oder aufgeschoben werden kann, obliegt dem Chirurgen. Wenn sich dieser entgegen den Bedenken des Anästhesisten für den Eingriff entschließt, so übernimmt er damit die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die richtige Abwägung der indizierenden und der ihm vom Anästhesisten mitgeteilten kontraindizierenden Faktoren. Der Anästhesist hat in diesem Falle bei der Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens dem durch kontraindizierende Faktoren erhöhten Risiko und Schwierigkeitsgrad Rechnung zu tragen.

1.2 Art und Umfang der präoperativen Untersuchungen sind abhängig vom Alter und Allgemeinzustand des Patienten sowie von der Belastung durch den operativen Eingriff. Für den Regelfall empfiehlt sich eine Abstimmung zwischen Chirurg und Anästhesist über ein Untersuchungsprogramm. Das Ziel der Abstimmung sollte es sein, das Absetzen von Operationen weitgehend zu vermeiden.

Dabei ist zu bedenken, daß der Anästhesist für die Voruntersuchung und eine etwaige Vorbehandlung, für die Aussprache mit dem Chirurgen über das geplante operative und anästhesiologische Vorgehen sowie über mögliche Kontraindikationen, für das Aufklärungsgespräch mit dem Patienten und für die Prämedikation Zeit benötigt. Der Chirurg sollte deshalb den Anästhesisten zum frühestmöglichen

* Richtlinien für die Stellung des leitenden Anästhesisten, Anaesthesist 14: 31-32 (1965)

Vereinbarungen zwischen den Fachgebieten Chirurgie und Anästhesie über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin, Inform. Chir. 11/1970, S. 89-90, Anästhesiol. Inform. 11: 167 (1970)

Gemeinsame Stellungnahme zur Einrichtung zentraler Anästhesieabteilungen, zur Doppelverantwortung des Operateurs ohne Fachanästhesisten und zur Fortbildung der Chirurgen auf dem Gebiet der Anästhesiologie, Anästhesiol. Inform. 16: 349-350; (1975); Inform. Chir. 9/1975, S. 90-91

Zeitpunkt über den beabsichtigten Eingriff unterrichten, in der Regel also sobald er bei einem Patienten über die Indikation zum operativen Eingriff entschieden hat, und ihm möglichst bald auch die vollständigen Behandlungsunterlagen zur Verfügung stellen. Andererseits ist es Aufgabe des Anästhesisten, die ihm gebotene Gelegenheit wahrzunehmen, um Verzögerungen des Operationsprogrammes zu vermeiden.

1.3 Das Operationsprogramm des nächsten Tages sollte dem Anästhesisten spätestens am frühen Nachmittag vorliegen, um während der restlichen Tagesdienstzeit nicht nur die anstehenden Prämedikationsvisiten vorzunehmen, sondern auch notwendig erscheinende Zusatzuntersuchungen durchführen lassen zu können.

1.4 Chirurg und Anästhesist haben die Aufgabe, den Patienten aus der Sicht ihrer Fachgebiete über die Art des Eingriffes und des Anästhesieverfahrens aufzuklären. In Risikofällen kann sich die gemeinsame Aufklärung des Patienten durch Chirurg und Anästhesist empfehlen.

1.5 Meinungsverschiedenheiten über den Eingriff und seine Voraussetzungen sollten zwischen Chirurg und Anästhesist und nicht vor dem Patienten erörtert werden.

2. Zuständigkeit für die Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens

2.1 Der Anästhesist entscheidet über die Art des Betäubungsverfahrens. Die Wahl steht ihm dabei nur zwischen den Betäubungsverfahren offen, die sich für die Durchführung des geplanten Eingriffes unter Berücksichtigung des beabsichtigten operativen Vorgehens voll eignen. Wenn keine medizinischen Gründe entgegenstehen, sollten Anästhesist und Operateur auf die Wünsche und Vorstellungen des Partners wechselseitig Rücksicht nehmen.

2.2 Der Krankenträger, der für die zweckentsprechende Organisation seines Hauses verantwortlich ist, überträgt dem Leiter der Anästhesieabteilung in der Regel die gesamte anästhesiologische Versorgung der stationären Patienten als Dienstaufgabe. Dies bedeutet jedoch nicht, daß alle Betäubungsverfahren von der Anästhesieabteilung durchgeführt werden müssen. Es ist vielmehr üblich, durch interkollegiale Absprachen zwischen dem leitenden Anästhesisten und dem leitenden Chirurgen bestimmte Bereiche festzulegen, in denen dieser für die Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens zuständig ist.

2.3 Wo hier im einzelnen die Grenzen zu ziehen sind, bestimmt sich nach den Erfordernissen einer rationellen Zusammenarbeit, die Sicherheitsrisiken vermeidet und den speziellen Eingriff und das Be-

täubungsverfahren nach Möglichkeit dort in einer Hand beläßt, wo sich die Verantwortungsbereiche bei Komplikationen nicht trennen lassen.

Soweit nicht die spezifischen Verhältnisse des einzelnen Krankenhauses – etwa Probleme einer ausreichenden Besetzung der Anästhesieabteilung – eine andere Absprache als zweckmäßig erscheinen lassen, empfehlen die beiden Berufsverbände folgende Abgrenzung: Bei Eingriffen, die – nach dem jeweiligen Stand der Medizin – üblicherweise in örtlicher Betäubung durch Infiltration des Operationsgebietes oder in einer operationsfeldnahen Regionalanästhesie (z. B. Finger- oder Zehenanästhesie nach Oberst) ausgeführt werden, bleibt die Wahl und Durchführung dieser Betäubungsverfahren einschließlich der Überwachung der vitalen Funktionen dem Operateur überlassen. In Fällen, in denen Operateur und Anästhesist sich gemeinsam für diese Anästhesieverfahren entscheiden, wird sie in der Regel der Operateur durchführen. Soll die Überwachung der vitalen Funktionen gleichwohl vom Anästhesisten übernommen werden, bedarf dies einer generellen oder speziellen Absprache.

2.4 Übernimmt der Operateur die Durchführung des Betäubungsverfahrens, so ist von dem Grundsatz auszugehen, daß sich die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die Voruntersuchung und eine etwaige Vorbehandlung sowie für die Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens nicht trennen lassen.

2.5 Soweit es dem Chirurgen freisteht, den Anästhesisten zuzuziehen, sollte er zumindest bei den Patienten von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, bei denen mit besonderen Risiken beim speziellen Eingriff oder beim Betäubungsverfahren zu rechnen ist. Die Doppelverantwortung für das Betäubungsverfahren in der Form der „Schwesternnarkose“ und für den speziellen Eingriff sollte der Chirurg nur dort übernehmen, wo ein Anästhesist nicht zur Verfügung steht.

2.6 Für die Entscheidung, ob ein Eingriff ambulant durchgeführt werden kann, wird daher auch die Art des erforderlichen Betäubungsverfahrens von Bedeutung sein.

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.

4. Planung und Durchführung des Operationsprogramms

4.1 Das Operationsprogramm sollte – soweit kein Schichtdienst besteht – so geplant werden, daß es nach den bisherigen Erfahrungen innerhalb der üblichen Arbeitszeit abgewickelt werden kann. Eine ständige Überschreitung der physischen und psychischen Leistungsgrenzen durch die Ausdehnung des Operationsprogramms bis in die Nachmittagsstunden geht zu Lasten der Konzentrationsfähigkeit der beteiligten Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger und gefährdet die ordnungsgemäße Erledigung der übrigen Dienstaufgaben.

4.2 Zeitverluste beim Beginn des Operationsprogramms und Verzögerungen in seiner Abwicklung sind durch eine enge Koordination der Zeitpläne und wechselseitige Rücksichtnahme zu vermeiden. Hierzu ist es u. a. erforderlich, daß festgelegte Zeiten von allen Beteiligten in gleicher Weise als verbindlich angesehen werden. Störfaktoren und Fehlerquellen, die eine zügige Abwicklung des Operationsprogramms behindern, sollten gemeinsam ermittelt und im vertrauensvollen interdisziplinären Gespräch offen beim Namen genannt werden. Dienstbesprechungen, Weiterbildungsprogramme und Fortbildungsveranstaltungen sollten im wechselseitigen Einverständnis so eingeplant werden, daß sie das Operationsprogramm nicht beeinträchtigen. Es empfiehlt sich, hierfür eine übereinstimmende Terminierung vorzusehen.

4.3 Bei der Organisation des Dienstbetriebes und bei allen Planungen ist in Rechnung zu stellen, daß die Versorgung von Notfällen Chirurgen und Anästhesisten zusätzlich in Anspruch nimmt.

5. Aufgabenverteilung in der postoperativen Phase

5.1 Für Maßnahmen zur Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der durch das operative Vorgehen beeinträchtigten Vitalfunktionen sind grundsätzlich beide Fachgebiete fachlich zuständig, der Anästhesist für die Erkennung und Behandlung spezifischer Anästhesiekomplikationen, der Operateur für die Erkennung und Behandlung chirurgischer Komplikationen. Beide Ärzte haben wechselseitig dafür zu sorgen, daß bei Komplikationen der fachlich zuständige Arzt umgehend zur Mitbehandlung zugezogen wird. Jeder der beteiligten Ärzte trägt die Verantwortung für die ordnungsgemäße Unterweisung und Beaufsichtigung des ihm unterstellten Pflegepersonals.

5.2 Während der unmittelbaren postoperativen Aufwachphase bedarf der Patient noch so lange, wie mit einer anästhesiebedingten Beeinträchtigung vitaler Funktionen und mit daraus resultierenden Komplikationen zu rechnen ist, einer ständigen, unmittelbaren Überwachung. Zur Sicherung des Patienten in dieser Phase fordern Chirurgen und Anästhesisten nachdrücklich die Einrichtung von Aufwacheinheiten in allen operativen Krankenhäusern. In dieser Aufwacheinheit verbleibt der Patient unter der Verantwortung des Anästhesisten so lange, bis er aus der Narkose erwacht, wieder im Vollbesitz seiner Schutzreflexe ist, und keine unmittelbaren Komplikationen von seiten der vitalen Funktionen mehr zu erwarten sind. Intensiveinheiten können von ihrer Funktion und Kapazität her Aufwacheinheiten nicht ersetzen.

5.3 Mit der Rückverlegung auf die chirurgische Krankenstation obliegt die weitere Patientenversorgung dem Chirurgen und seinem Pflegepersonal.

5.4 Besteht kein Aufwachraum und muß der Patient aus diesem Grunde schon während der postoperativen Aufwachphase auf die chirurgische Krankenstation zurückverlegt werden, so ist auch dort die Überwachung sicherzustellen. Der Krankenhausträger hat dann im Rahmen seiner Organisationspflicht der chirurgischen Abteilung die dafür zusätzlich erforderlichen Pflegekräfte zur Verfügung zu stellen.

Hamburg/Hannover/Nürnberg, den 28. August 1982

*Für den Berufsverband
der Deutschen Chirurgen*

gez. W. Müller-Osten
Ehrenpräsident

gez. K. Hempel
Präsident

*Für den Berufsverband Deutscher
Anästhesisten*

gez. P. Uter
Präsident

gez. H. W. Opderbecke
Schriftführer

Zur Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung

W. Weißbauer

Der Fortschritt der Medizin, die mit ihm erstrebte Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten und die Verringerung der Behandlungsrisiken, ist nicht vorstellbar ohne eine Differenzierung des Angebotes an diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Notwendiges Korrelat des Fortschritts zur modernen Hochleistungsmedizin, Voraussetzung und Folge dieses Fortschritts zugleich, ist die ärztliche Spezialisierung, die planmäßige Arbeitsteilung zwischen den Spezialisten und ihre interdisziplinäre Kooperation zum Wohle des Patienten.

Die Anerkennung der Anästhesiologie als selbständiges Fachgebiet setzte neue Maßstäbe für eine solche Kooperation. Operateur und Anästhesist erfüllen bei ihrer prä-, intra- und postoperativen Zusammenarbeit sowie bei der Versorgung des Patienten auf interdisziplinären Intensiveinheiten eine gemeinsame Aufgabe in enger wechselseitiger Abhängigkeit ihrer fachspezifischen Leistungen. Die Belastungen des Organismus durch den speziellen Eingriff und durch das Betäubungsverfahren können sich potenzieren. Selbst kleine Koordinationsmängel und Verständigungsfehler bei der Zusammenarbeit am Operationstisch und auf den Intensiveinheiten können das Behandlungsrisiko signifikant erhöhen.

Bereits 1964, also gut 10 Jahre nach der Anerkennung der Anästhesie als selbständiges Fachgebiet, haben sich die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie nach einer eingehenden Diskussion der medizinischen und juristischen Kooperationsprobleme in den „Richtlinien für die Stellung des leitenden Anästhesisten“ über die Grundlagen ihrer Zusammenarbeit geeinigt. Der Grundsatz der strikten Arbeitsteilung und der Vertrauensgrundsatz, die den „Richtlinien“ zugrunde liegen, haben sich als tragfähig erwiesen. Sie sind inzwischen durch die höchstrichterliche Rechtsprechung (Urteile des BGH vom 16.10.1979, NJW 1980, 650, vgl. Weißbauer, Inform. Chir. Nr.3/1980, S.30; Anästh. Intensivmed. 4/1980, S.97) bestätigt worden.

Einen weiteren bedeutsamen Schritt in Richtung auf eine interdisziplinäre Einigung über Grundsatzfragen haben der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten 1970 mit der Vereinbarung über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin getan. Diese Vereinbarung stellt u. a. klar, daß die Verlegung des Patienten auf eine interdisziplinäre Intensiveinheit, die unter der Leitung des Anästhesisten steht, die Zuständigkeit des Chirurgen für die Behandlung des Grundleidens unberührt läßt.

In einer „Gemeinsamen Stellungnahme“ haben die beiden Berufsverbände 1975 ihre übereinstimmenden Vorstellungen zur Einrichtung zentraler Anästhesieabteilungen, zur Doppelverantwortung des Operateurs ohne Fachanästhesisten und zur Fortbildung der Chirurgen auf dem Gebiet der Anästhesie festgelegt.

Sowohl der Vereinbarung der Berufsverbände als auch der Gemeinsamen Stellungnahme, deren Grundsätze inzwischen allgemein anerkannt sind, haben sich die wissenschaftlichen Gesellschaften angeschlossen.

Die zwischen den Berufsverbänden beider Fachgebiete abgeschlossene neue Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung basiert auf den Prinzipien der bestehenden Abkommen und stellt, um dies zu betonen, den Grundsatz der strikten Arbeitsteilung und den Vertrauensgrundsatz den Leitsätzen voran. Die „Leitsätze“ sollen die in der Präambel erwähnten Vereinbarungen nicht aufheben oder ersetzen, sondern sie überall dort konkretisieren und differenzieren, wo sich in der Zusammenarbeit Meinungsverschiedenheiten und Reibungspunkte ergeben haben.

**Zur präoperativen Phase:
Entscheidung über die Durchführung des Eingriffs**

Von zentraler, alle Einzelprobleme überragenden Bedeutung ist die Frage, wie zu verfahren ist, wenn der Chirurg sich für die Operation entscheidet und einen nahen Operationstermin festlegt, der Anästhesist aber aus der Sicht seines Fachgebietes gegen den Eingriff oder gegen den Operationstermin Bedenken zu erheben hat. Das Nr.1.1 der Leitsätze zugrundeliegende Konzept erkennt dem Chirurgen eine „Kompetenz-Kompetenz“ für die Abwägung der den mitgeteilten Eingriff hic et nunc indizierenden und der ihm vom Anästhesisten kontraindizierenden Faktoren zu.

Dieses Konzept ist nicht neu (so schon Weißbauer in „Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anästhesist und Operateur“, Anästhesist 11/1962, S.239, und „Rechtsfragen zwischen Chirurgie und Anästhesie“, Anästhesiol. Inform. 4/1972, S.132-137, Der Chirurg 43 (1972). Seine Anerkennung entspricht zwingenden praktischen Bedürfnissen. Soll die Patientenversorgung nicht zum Still-

stand kommen, so muß bei einer anders nicht lösba- ren Kollision fachlicher Bedürfnisse einem der bei- den Fachvertreter die Befugnis zu ihrer Abwägung und Gewichtung zuerkannt werden.

Der Chirurg hat regelmäßig die älteren und enge- ren Beziehungen zum Patienten. Bei ihm liegt die verantwortliche Entscheidung, ob und wie der Pa- tient behandelt werden soll. Kontraindikationen, die ihm der Anästhesist aus seiner Sicht mitteilt, treten zu den spezifischen kontraindizierenden Faktoren hinzu, die der Chirurg bereits aus der unmittelbaren Sicht seines Fachgebiets in Erwägung zu ziehen hat. Es sprechen somit die überwiegenden Gründe dafür, ihm auch die Gesamtabwägung zu überlassen.

Notwendige Folge einer solchen Kompetenz ist die ärztliche und rechtliche Verantwortung des Chir- urgen, die ihm obliegende Abwägung mit der gebo- tenen Sorgfalt vorzunehmen, also sich nicht etwa im Interesse der Beschleunigung und Rationalisierung des Behandlungsablaufs über die ihm vom Anästhe- sisten mitgeteilten Bedenken hinwegzusetzen und damit die Zusammenarbeit auf der Basis des Ver- trauensgrundsatzes zu gefährden.

Entscheidet sich der Operateur nach sorgfältiger Prüfung und Abwägung der vom Anästhesisten mit- geteilten Bedenken für den Eingriff, so muß der An- ästhesist bei der Planung, Vorbereitung und Durch- führung des Betäubungsverfahrens sowie bei der in- traoperativen Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen alles tun, um trotz des erkennba- ren erhöhten Risikos den Operationserfolg zu er- möglichen. Die Verantwortung des Chirurgen für die Entscheidung, ob der Eingriff durchgeführt werden soll, entbindet den Anästhesisten nicht seiner Ver- pflichtung, für die unter den gegebenen Umständen bestmögliche anästhesiologische Betreuung zu sor- gen.

1. Voruntersuchungen

Unwirtschaftliche und den Patienten belastende Doppeluntersuchungen, Lücken in den Voruntersu- chungen sowie Zeitverluste durch die Notwendig- keit, Untersuchungen nachzuholen und dazu die Operation zu verschieben, lassen sich nur dann ver- meiden, wenn Chirurg und Anästhesist ihre Untersu- chungsprogramme aufeinander abstimmen. Dies er- weist sich in der Praxis oft als schwierig: Weder gibt es allgemeinverbindliche Regeln über Art und Um- fang der erforderlichen Untersuchungen in den be- teiligten Fachgebieten, noch könnten solche Regeln wegen der Notwendigkeit, die individuellen Um- stände jedes Einzelfalles zu berücksichtigen, eindeu- tige Kriterien für eine nahtlose Abgrenzung der Un- tersuchungsprogramme geben.

Gleichwohl sollte es Chirurgen und Anästhesi- sten auf der Grundlage ihrer täglichen Zusammenar- beit in den einzelnen Häusern und der hier vorgege- benen konkreten Verhältnisse möglich sein, sich dar-

über zu verständigen, welche Basisprogramme aus der Sicht ihrer Fachgebiete vor jedem Eingriff durchgeführt werden sollen.

Für ergänzende Untersuchungen, vor allem aber auch für die Unterrichtung des Chirurgen über et- waige Bedenken aus anästhesiologischer Sicht gegen den Eingriff zum vorgesehenen Zeitpunkt, braucht der Anästhesist Zeit. Es ist eines der *Grundanliegen* der Vereinbarung, dazu beizutragen, daß der An- ästhesist seine Untersuchungen rechtzeitig durchfüh- ren kann. Die Vereinbarung betont in Ziffer 1.3, daß es dann andererseits aber auch die Aufgabe des An- ästhesisten ist, von der gebotenen Möglichkeit Ge- brauch zu machen, um Verzögerungen des Operati- onsprogramms zu vermeiden.

1.4, 1.5 Aufklärung

Im Rahmen der strikten Arbeitsteilung ist es Aufga- be der beiden Fachvertreter, den Patienten jeweils über den Teil des operativen Gesamtgeschehens auf- zuklären, der sein Aufgabengebiet betrifft.

Abgrenzungsprobleme ergeben sich freilich bei den Risiken im Bereich der Vitalfunktionen, weil so- wohl der spezielle Eingriff als auch das Betäubungs- verfahren auf den Organismus einwirken. Für eine Aufklärung durch den Chirurgen über diese Risiken spricht, daß er bei seiner Entscheidung nicht nur die Komplikationsmöglichkeiten des speziellen Ein- griffs, sondern auch die operative Gesamtbelastung des Patienten in Rechnung stellen muß. Andererseits trägt der Anästhesist während des Eingriffs die Ver- antwortung für die Aufrechterhaltung der Vitalfunk- tionen und hat gerade auch die hier erkennbaren Ri- sikofaktoren in seine Voruntersuchung (und in eine Vorbehandlung) einzubeziehen.

Als Lösung empfiehlt sich auch hier eine Aufga- benteilung. Der Chirurg sollte in seine Aufklärung die operative Gesamtbelastung der Vitalfunktionen in großen Zügen einbeziehen. Dagegen sollte der Anästhesist mit dem Patienten die konkreten Gefah- ren besprechen, die sich im Hinblick auf das Betäu- bungsverfahren und die Aufrechterhaltung der Vital- funktionen aus Vor- und Begleitkrankheiten, einem reduzierten Allgemeinzustand oder einem hohen Le- bensalter ergeben.

Die vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten empfohlenen Aufklärungs- und Anamnesebögen ge- hen diesen Weg. Die Fragen der Vor- und Begleit- krankheiten sind bewußt zugleich als Risikohinweise ausgestaltet. Der Patient wird damit jedenfalls soweit informiert, daß er weiterführende Fragen nach der Bedeutung der ihn betreffenden Risikofaktoren für das allgemeine operative Risiko stellen kann.

Die für Risikofälle empfohlene gemeinsame Aufklärung des Patienten durch Chirurg und Anäs- thesist ist geeignet, dem Patienten ein einheitliches Bild von den Erfolgsaussichten des Eingriffs sowie von seinen speziellen und allgemeinen Risiken zu vermitteln. Daß der Chirurg bei seiner Entscheidung

und beim Aufklärungsgespräch die Heilungschancen in den Vordergrund stellt, der Anästhesist dagegen mehr das Risiko des Betäubungsverfahrens und die Gefahren für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen bewertet, liegt in der Natur der intraoperativen Aufgabenverteilung. Der Patient sollte bei dem Aufklärungsgespräch nicht durch die Betonung dieser unterschiedlichen Aspekte und durch die Erörterung divergierender Auffassungen über die Operationsindikation verunsichert werden.

2. Zur Wahl und Durchführung der Betäubungsverfahren

2.1 Methodenfreiheit und wechselseitige Rücksichtnahme

Der Anästhesist trägt die ärztliche und rechtliche Verantwortung für das Betäubungsverfahren. Dies setzt voraus, daß die Entscheidung über die anästhesiologische Voruntersuchung und eine etwaige Vorbehandlung, die Wahl des Betäubungsverfahrens, der Anästhetika und der Anästhesieadjuvantien, die Durchführung der Anästhesie, die Zwischenfallstherapie und die anästhesiologische Nachbehandlung in seiner Hand liegen.

Stehen mehrere Anästhesieverfahren zur Wahl, so kann sich der Anästhesist im Rahmen der von der Rechtsprechung anerkannten Methodenfreiheit für das Verfahren entscheiden, dem er nach seinen individuellen Erfahrungen den Vorzug gibt. Wegen der Akzessorität des Betäubungsverfahrens steht ihm die Wahl aber nur zwischen den Verfahren offen, die sich voll für den Eingriff und für das vom Operateur beabsichtigte Vorgehen eignen (vgl. dazu im einzelnen Weißbauer, „Wer entscheidet über die Wahl des Betäubungsverfahrens?“, *Anästhesiol. Inform.* 12 (1971), 8–11).

Erschwert die vom Chirurgen gewählte Operationmethode dem Anästhesisten die Durchführung des Betäubungsverfahrens oder die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen, so hat er ihn darauf hinzuweisen. Bleibt der Chirurg bei dem geplanten Vorgehen, weil nach seiner Auffassung die Vorteile der von ihm gewählten Methode überwiegen, so hat der Anästhesist seine Entscheidung im Rahmen des Vertrauensgrundsatzes zu respektieren.

Niemals sollten Chirurg und Anästhesist aber auf einer einmal getroffenen Entscheidung verharren, um dadurch ihre fachliche Kompetenz zu demonstrieren. Wo eine echte freie Wahl bleibt, sollte sie stets auch unter Rücksichtnahme auf die individuellen Wünsche und Vorstellungen des Partners der Zusammenarbeit getroffen werden.

2.2.–2.6 Mitwirkung des Anästhesisten und Aufgabenverteilung

Klar zu trennen von den Aspekten der Kompetenzverteilung zwischen Chirurg und Anästhesist im

Rahmen ihrer Zusammenarbeit ist die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen der Chirurg den Anästhesisten zuziehen muß. Dies ist kein Problem der Fachgebietsgrenzen. Der Operateur, der ein Betäubungsverfahren selbst durchführt, obwohl ein Anästhesist verfügbar ist, muß sich aber hinsichtlich seiner Qualifikation an dem für den Anästhesisten geltenden Leistungsstandard messen lassen (vgl. Hirsch/Weißbauer, *Anästh. Intensivmed.* 23/1982, 34) und nach einem Zwischenfall dartun, warum er die Doppelverantwortung für den Eingriff und das Betäubungsverfahren übernommen hat.

Im Regelfall trifft freilich der Krankenhausträger kraft seiner Organisationsgewalt schon bei der Einrichtung einer Anästhesieabteilung eine Grundsatzentscheidung dahin, daß er dem leitenden Anästhesisten die Verantwortung für die Anästhesie im gesamten stationären Bereich überträgt. Soweit im Hinblick auf die personelle Besetzung der Anästhesieabteilung Ausnahmen vorgesehen werden, betreffen sie fast nie die Chirurgie, sondern die Versorgung des Kreißsaales oder von Belegabteilungen.

Auch ohne eine ausdrückliche Absprache wird Einigkeit zwischen Chirurg und Anästhesist darüber bestehen, daß der Chirurg die in Nr.2.3 der Vereinbarung erwähnten operationsfeldnahen Infiltrations- und kleinen Regionalanästhesien in der Regel selbst durchführt. Er trägt damit in diesem Bereich auch die volle Verantwortung für die Voruntersuchung, die Wahl des Verfahrens und für die intraoperative Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen. Kommt es zu Komplikationen, so ist der Anästhesist gleichwohl verpflichtet, im Rahmen seiner fachlichen Kompetenz an der Zwischenfallstherapie mit-zuwirken.

Nur ausnahmsweise und aufgrund spezieller Absprachen wird dagegen von vornherein der Anästhesist die Überwachung und die Sorge für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen bei Eingriffen übernehmen, bei denen der Operateur die Anästhesie selbst durchführt. In Betracht kommen wird das „stand by“ insbesondere bei Risikopatienten, bei denen die operationsfeldnahe Infiltrationsanästhesie in Absprache zwischen Chirurg und Anästhesist gewählt wird, weil sie den Patienten am wenigsten belastet. Dies setzt ebenso eine Voruntersuchung durch den Anästhesisten voraus, wie wenn dieser das Betäubungsverfahren durchführen würde, da sonst die Übernahme der Verantwortung für die Überwachung der Vitalfunktion für ihn unzumutbar wäre.

Vereinbaren Anästhesist und Chirurg eine generelle Übernahme anästhesiologischer Leistungen durch den Chirurgen, die über die in Nr.2.3 der „Leitsätze“ aufgezeigte Routineabgrenzung hinausgeht, so sollten sie dies dem Krankenhausträger mitteilen. Bei einem Zwischenfall könnte der Krankenhausträger andernfalls den Vorwurf erheben, der Chirurg habe den ihm durch Organisationsakt des Krankenhausträgers zugewiesenen Aufgabenbereich überschritten und der Anästhesist eine ihm übertragene Aufgabe nicht erfüllt.

Sind anästhesiologische Risiken erkennbar, so empfiehlt es sich für den Chirurgen, den Anästhesisten auch bei Entscheidungen zuzuziehen, die er nach der in Nr. 2.3 der Leitsätze skizzierten Routineabgrenzung im allgemeinen selbst trifft.

3. Zur Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch

Die Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch bestimmt sich primär nach den Bedürfnissen des vom Chirurgen beabsichtigten operativen Vorgehens. Sie kann jedoch dem Anästhesisten die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen erschweren und die spezifischen anästhesiologischen Eingriffsgefahren, insbesondere das Risiko der peripheren Narkoselähmung, erhöhen.

Andererseits kann ein für das operative Vorgehen ungünstiges Anästhesieverfahren die Sicherheit der Operation beeinträchtigen. Deswegen sollten Chirurg und Anästhesist genauso wie bei der Entscheidung über die Operationsindikation auch bei der Entscheidung über die Lagerung des Patienten die gegenseitigen Bedenken in Rechnung stellen.

Chirurg und Anästhesist dürfen sich im Rahmen des Vertrauensgrundsatzes darauf verlassen, daß der jeweils andere Partner dabei mit der gebotenen Sorgfalt verfährt. Der Chirurg trägt die ärztliche und rechtliche Verantwortung dafür, daß die mit der von ihm gewünschten Lagerung verbundene Risikoerhöhung im anästhesiologischen Bereich sachlich gerechtfertigt ist. Der Anästhesist hat rechtlich dafür einzustehen, daß er innerhalb seines intraoperativen Aufgabenbereichs alles tut, um den aus der Lagerung drohenden spezifischen Risiken – soweit möglich – durch besondere Vorsichtsmaßnahmen Rechnung zu tragen.

Wegen dieser engen Wechselwirkung kann deshalb nicht a priori, sondern erst nach gründlicher Prüfung der konkreten Umstände festgestellt werden, welchem der beiden Partner ein „Lagerungsschaden“ zuzurechnen ist und ob es sich nicht um einen Zwischenfall handelt, der trotz Beachtung der erforderlichen Sorgfalt beider Beteiligten nicht zu vermeiden war.

4. Zur Planung und Durchführung des Operationsprogramms

Die Beibehaltung alter Stellenpläne trotz der Fortschritte der Medizin und der Entwicklung neuer arbeitsintensiver diagnostischer und therapeutischer Methoden führt notwendig zu einer zunehmenden Überlastung der chirurgischen und anästhesiologischen Abteilungen. Auf Übermüdung beruhende Konzentrationsschwächen gefährden den Patienten. Kommt es zu einem Zwischenfall, so müssen sich

Chirurg und Anästhesist auch dafür verantworten, ob es nicht möglich gewesen wäre, den Ablauf des Operationsprogramms anders zu organisieren.

In den Nummern 4.2 und 4.3 weisen die Leitsätze auf die Notwendigkeit der Koordinierung der Arbeitsabläufe hin und erinnern in Nr. 4.3 daran, daß schon bei der Planung des Operationsprogramms die zusätzliche Belastung durch die Versorgung der Notfälle in Rechnung gestellt werden sollte. Geschieht dies nicht und wird die volle Arbeitskapazität von vornherein für die geplanten Eingriffe ausgeschöpft, so bedeutet die Versorgung der Notfälle zwangsläufig eine permanente physische und psychische Überbelastung von Chirurgen und Anästhesisten.

5. Zur Aufgabenverteilung in der postoperativen Phase

Obwohl im Prinzip seit langem Einigkeit zwischen den Fachgebieten über die Abgrenzung der Verantwortungsbereiche in der postoperativen Phase besteht, ergeben sich in der praktischen Zusammenarbeit immer wieder Schwierigkeiten, weil in einem großen Teil der Krankenhäuser die baulichen und personellen Voraussetzungen für eine ausreichende Überwachung der Patienten in der unmittelbaren postoperativen Phase fehlen.

Schwerste, nicht selten tödliche Zwischenfälle in der unmittelbaren postoperativen Phase zeigen, daß der Patient nach der Ausleitung der Narkose einer ständigen ununterbrochenen Überwachung durch geschultes Personal bedarf, bis er wieder ansprechbar ist, über die Schutzreflexe verfügt und mit unmittelbaren Nachwirkungen des Betäubungsverfahrens (Rückfall in die Narkose) nicht mehr zu rechnen ist. Gewährleistet werden kann diese Überwachung nur in postoperativen Aufwacheinheiten, in denen der Patient unter Aufsicht und Überwachung des Anästhesisten und des Anästhesiepersonals bis zur Rückverlegung auf die Betteneinheit verbleibt. Die Alternative, daß der Patient in der Aufwachphase auf die chirurgische Krankenstation zurückverlegt und dort überwacht wird, ist eine Notlösung. Sie bürdet dem Chirurgen eine Verantwortung auf, die er im Hinblick auf die personelle Besetzung seiner Abteilung nur schwer übernehmen kann.

Die Erfahrungen mit den bisher geschlossenen drei Vereinbarungen berechtigen zu der Hoffnung, daß auch die neuen „Leitsätze“ wieder dazu beitragen, eine möglichst rationelle, aber von bestem kollegialen Geist getragene Zusammenarbeit im Interesse der Patienten zu gewährleisten.

Ministerialdirigent
Dr. med. h. c. W. Weißbauer
Eckerstraße 34
8050 Freising