

Zur Einrichtung zentraler Anaesthesieabteilungen, zur Doppelverantwortung des Operateurs ohne Fachanaesthetisten und zur Fortbildung der Chirurgen auf dem Gebiet der Anaesthesiologie

Gemeinsame Stellungnahme der Berufsverbände der Chirurgen und Anaesthesisten

Die beiden Berufsverbände sehen es als eine ihrer wesentlichen Aufgaben an, durch enge interdisziplinäre Kontakte und gezielte Maßnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Anaesthesisten die Voraussetzungen einer optimalen ärztlichen Versorgung zu schaffen.

1. Dazu gehört nach Auffassung beider Fachgebiete in mittleren und größeren Krankenhäusern die Einrichtung zentraler Anaesthesieabteilungen, die auf der Basis der Anhaltzahlen der DKG von 1974 mit Mitarbeitern ausgestattet werden und die fachanaesthesiologischen Leistungen für das ganze Krankenhaus erbringen.

Die „Einmann“-Anaesthesieabteilung führt zu Überforderungen des Fachanaesthesisten und zu Engpässen bei der Versorgung der Patienten in dringlichen Fällen. Sie kann als Dauerlösung nicht empfohlen werden. Für kleinere Krankenhäuser, die allein keine Anaesthesieabteilung auszulasten vermögen, sollten verschiedene Modelle für Verbundsysteme erprobt werden, bei denen eine Anaesthesieabteilung die Versorgung mehrerer Häuser übernimmt. Daneben sollte die Niederlassung freipraktizierender Fachanaesthesisten und ihr Zusammenschluß in Gemeinschaftspraxen gefördert werden, um auf diesem Wege eine anaesthesiologische Versorgung von Belegkrankenhäusern und

kleiner Anstaltskrankenhäuser, aber auch die Erbringung ambulanter fachanaesthesiologischer Leistungen in den Praxen operativ tätiger Ärzte und Zahnärzte zu ermöglichen und dadurch zu einer Verringerung der Eingriffsrisiken beizutragen.

2. Es muß andererseits von allen Beteiligten die Tatsache respektiert werden, daß trotz aller Bemühungen um die Nachwuchsförderung die Zahl der Fachanaesthesisten und ihrer ärztlichen Mitarbeiter in der Bundesrepublik noch viel zu gering ist. Sie reicht maximal dazu aus, etwa die Hälfte der benötigten Anaesthesieleistungen zu erbringen. Es ist nach den bisherigen Erfahrungen wegen der Zunahme des Bedarfs an ärztlichen Leistungen auf allen medizinischen Gebieten nicht damit zu rechnen, daß das Ziel einer umfassenden anaesthesiologischen Versorgung in absehbarer Zeit auch nur annähernd erreicht werden könnte.

Auch in Zukunft werden deshalb operative Eingriffe in weitem Umfang ohne Fachanaesthesisten durchgeführt werden müssen. Die zusätzliche Belastung, die sich daraus für die chirurgisch tätigen Ärzte ergibt, wiegt um so schwerer, als auch die Chirurgie vor ernstesten Nachwuchsproblemen steht und zahlreiche Stellen für ärztliche Mitarbeiter unbesetzt sind.

3. Sieht sich der Chirurg nach gewissenhafter Abwägung der spezifischen Risiken gezwungen, die Verantwortung für die Anaesthetie mit zu übernehmen, so ist von folgenden Grundsätzen auszugehen:

- die Anaesthetie ist ihrer Natur nach ein Eingriff in die Körperintegrität, der stets mit Risiken verbunden ist und deshalb dem Arzt vorbehalten bleiben muß;
- dies schließt nicht aus, daß die technische Durchführung von Anaesthesieleistungen nichtärztlichen Mitarbeitern übertragen wird;
- diese Mitarbeiter bedürfen dabei jedoch der Anleitung und Überwachung durch den Operateur oder einen ausreichend qualifizierten ärztlichen Mitarbeiter, der die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die anaesthesiologischen Leistungen übernimmt.

4. Beide Berufsverbände betonen nachdrücklich, daß gegen den operativ tätigen Arzt, der wegen des Fehlens eines Fachanaesthesisten nach gewissenhafter Prüfung der Umstände des Einzelfalles die Doppelverantwortung für den speziellen Eingriff und die Anaesthetie übernimmt, weder ein ärztlicher noch ein rechtlicher Vorwurf erhoben werden kann, solange er die in dieser Situation gebotene ärztliche Sorgfalt wahrt. Wer in der Übernahme der Doppelverantwortung eine unvermeidbare Erhöhung des Risikos sehen wollte, müßte den Stillstand eines großen Teils der operativen Tätigkeit in Kauf nehmen.

Entscheidend wichtig ist jedoch, daß der Chirurg, der unter diesen Voraussetzungen die Verantwortung

für eine Anaesthetie persönlich übernehmen muß, über die erforderlichen Kenntnisse zur Beurteilung und Bekämpfung von Anaesthesiezwischenfällen verfügt.

Beide Berufsverbände halten aus diesem Grunde die Fortbildung der in der Chirurgie tätigen Ärzte auf dem Gebiet der Anaesthetie in gemeinsamen Tagungen beider Berufsverbände, etwa auf Landesverbandsebene, für besonders wichtig. Hierbei sollen die postoperativen sowie die intra- und postnarkotischen Komplikationen usw. im Mittelpunkt stehen.

5. Für den leitenden Chirurgen einer Krankenhausabteilung, die ohne Fachanaesthesisten arbeiten muß, empfiehlt es sich, zu seiner eigenen Entlastung den Krankenhausträger in eindeutiger schriftlicher Form auf die Konsequenzen hinzuweisen, die sich nach dem heutigen Stand der Wissenschaft aus dieser Situation für Patienten, Arzt und Krankenhausträger ergeben können. Andernfalls könnte ihm nach einem Zwischenfall der Vorwurf gemacht werden, er habe sich nicht rechtzeitig und nachdrücklich um Abhilfe bemüht.

6. Die grundsätzlichen Probleme, die sich bei der engen Zusammenarbeit zwischen Chirurg und Fachanaesthesisten ergeben, konnten in Vereinbarungen zwischen den Fachgebieten und in Publikationen, die der Auffassung beider Fachgebiete entsprechen, in einer Weise gelöst werden, die sowohl den medizinisch-praktischen wie den rechtlichen Anforderungen voll Rechnung trägt.

7. Beide Berufsverbände sind sich darin einig, daß auch das beste interdisziplinäre Einverständnis in allen Grundsatzfragen niemals vor Meinungsverschiedenheiten in der engen täglichen Zusammenarbeit zu schützen vermag. Deshalb haben es sich beide Berufsverbände zum Ziel gesetzt, in solchen Fällen zwischen den beteiligten Kollegen zu vermitteln und mit ihrem objektiven Rat zur Klärung der offenen Fragen beizutragen. Sie werden zu diesem Zweck eine paritätisch besetzte Schiedskommission ins Leben rufen, die diese Aufgabe als ständige Einrichtung beider Berufsverbände wahrnehmen soll.

8. Beide Berufsverbände werden auch in Zukunft in enger wechselseitiger Konsultation die gemeinsam berührenden Probleme miteinander erörtern.

Für den Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.:

gez. Dr. Müller-Osten
(Präsident)

gez. Prof. Dr. von Brandis
(1. Schriftführer)

Für den Berufsverband Deutscher Anaesthesisten:

gez. Prof. Dr. Hutschenreuter
(Präsident)

gez. Dr. Opperbecke
(1. Schriftführer)