

## Qualitätssicherung

# Präambel

Die Präsidien des Berufsverbandes der Deutschen Anästhesisten (BDA), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) haben vereinbart, dass nachfolgende

EntschlieÙung des BDA und der DGAI zur Qualitätssicherung ambulanter Anästhesien nur in Verbindung mit dem Kommentar zur EntschlieÙung von W. Weissauer als gemeinsame Vereinbarung von BDC, BDA und DGAI Gültigkeit hat.

**Prof. Dr. M.-J. Polonius**  
Präsident des BDC

**Prof. Dr. B. Landauer**  
Präsident des BDA

**Prof. Dr. J. Radke**  
Präsident DGAI

# EntschlieÙung des BDA und der DGAI zur Qualitäts- sicherung ambulanter Anästhesien

## Präambel

Die ambulante Durchführung von operativen Eingriffen, auch vor dem Hintergrund der im Sozialgesetzbuch V geforderten Maßnahmen zur internen und externen Qualitätssicherung, setzt die Einhaltung von Qualitätsstandards voraus. An praxis- und klinikambulant durchgeführte Anästhesieverfahren müssen die gleichen Qualitätsmaßstäbe angelegt werden wie an stationäre; sie haben sich nach den medizinischen Erfordernissen und dem aktuellen Leistungsstandard des Fachgebietes zu richten.

Bei der Planung und Durchführung ambulanter Anästhesien ist zu berücksichtigen, dass der Anästhesist die Verantwortung sowohl für das Betäubungsverfahren als auch für die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während des Eingriffs und postoperativ bis zur Aufhebung der Wirkung

des Anästhesieverfahrens trägt. Dies beinhaltet auch die Bewältigung von Komplikationen und die Zwischenfalltherapie während und nach der Anästhesie. Die für den Arzt für Anästhesiologie geltenden Qualitätsmaßstäbe sind auch für jeden anderen Arzt, der Anästhesieverfahren durchführt, verbindlich.

Die gleichzeitige Durchführung des operativen Eingriffs und der dazugehörigen Narkose durch den Operateur ist mit den anästhesiologischen Qualitätsstandards unvereinbar, da die erforderliche kontinuierliche und qualifizierte Überwachung des Anästhesieverfahrens und der Vitalfunktionen nicht gewährleistet ist. Das gleiche gilt für Eingriffe in Regionalanästhesie, wenn der Eingriff und/oder das Anästhesieverfahren erfahrungsgemäß mit einer Beeinträchtigung der vitalen Funktionen verbunden sein kann.

Neben den im folgenden aufgeführten Hinweisen zur

Prozess- und Strukturqualität sind die rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, z. B. Infektionsschutzgesetz, Transfusionsgesetz, Medizinproduktegesetz, Medizinproduktebetrieberverordnung und die Vereinbarungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der Verträge zum § 115 b des Sozialgesetzbuches, berufsgenossenschaftliche Vorschriften für Sicherheit und Gesundheit und die jeweiligen Landesgesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

## A. Patientenauswahl und -erfassung

### 1. Soziale Aspekte:

Der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter muss fähig sein, Wesen, Bedeutung und Tragweite des geplanten operativen Eingriffs, des Anästhesieverfahrens und der Nachsorge zu erkennen.

Der Patient muss

- telefonisch erreichbar sowie in der Lage sein,
- seinen Heimtransport durch eine verantwortliche Person sowie
- eine sachgerechte Versorgung in seinem Haushalt zu organisieren, ggfs. durch eine geeignete Person in den ersten 24 postoperativen Stunden.

Die Person, die die Versorgung des Patienten gewährleistet, muss in der Lage sein, die ärztlichen bzw. organisatorischen Instruktionen zu verstehen sowie physisch und mental fähig sein, notwendige Entscheidungen zum Wohle des Patienten zu treffen.

Der Operateur prüft und dokumentiert die entsprechende Sozialanamnese und informiert den Anästhesisten.

### 2. Medizinische Aspekte:

Es muss sich um einen

- körperlich und psychisch stabilen Patienten handeln,
- bei dem morbiditäts-/diagnosebedingte Tatbestände, die gegen die ambulante Durchführung sprechen (entsprechend Anlage 2 zum Vertrag nach § 115 b Abs. 3 SGB V), fehlen, z. B.
  - klinisch relevante Begleiterkrankungen,
  - besondere postoperative Risiken,
  - Schwere der Erkrankung,
  - erhöhter Behandlungsaufwand.

### 3. Patientenerfassung:

Erforderlich und zu dokumentieren sind

- eine rechtzeitige Anamneseerhebung,
- eine körperliche Untersuchung,
- die Erfassung und Auswertung von Vorbefunden,
- ggfs. die Veranlassung weiterer Untersuchungen,
- die Prüfung und ggfs. Fortsetzung der präoperativen Medikation nach Absprache zwischen Operateur und Anästhesist,
- die Einwilligung des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters nach rechtzeitiger und ausreichender Aufklärung unter Beachtung der Grundsätze der Rechtsprechung, z. B. im Rahmen einer Anästhesiesprechstunde vor dem Tag des Eingriffs,
  - der Hinweis auf Einhaltung und Bedeutung der Nahrungskarenz in mündlicher und schriftlicher Form,
  - der schriftliche Verhaltens- und Warnhinweis zu den Besonderheiten des postoperativen Verlaufes, zu Art und Zeitpunkt möglicher Medikation einschl. des notwendigen Hinweises zu Straßen- und Verkehrsfähigkeit. Diese

Hinweise sind dem Patienten/der Betreuungsperson in nachweisbarer Form auszuhändigen, nach Möglichkeit bereits im Rahmen der präoperativen Anästhesiesprechstunde.

Bei klinik-ambulanten Eingriffen ist der Anästhesist rechtzeitig über den ambulanten Status des Patienten zu unterrichten.

## B. Struktur- und Prozessqualität

### 1. Räumliche Anforderungen:

Vorhanden sein müssen

- geeignete Räume und Einrichtungen für ambulante Eingriffe entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) zur Arbeitsplatzausstattung und den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen.

### 2. Persönliche Qualifikation:

Das Anästhesieverfahren hat dem Facharztstandard zu entsprechen; dies gilt auch für die postoperative Betreuung. Es ist speziell eingearbeitetes Assistenzpersonal mit ausreichender Qualifikation in ausreichender Zahl erforderlich. Die Qualifikation hat dem Risikospektrum der Patienten und der Art der durchgeführten Eingriffe Rechnung zu tragen.

### 3. Sicherstellung der Notfallversorgung:

Die Sicherstellung der Notfallversorgung erfordert

- einen Organisationsplan für Notfälle/Anästhesiezwischenfälle,
- eine regelmäßige hausinterne Fortbildung im Notfallmanagement,
- eine apparative und medikamentöse Ausstattung zur Not-

fallversorgung und Behandlung eventueller Zwischenfälle,

- die Erreichbarkeit eines der beteiligten Ärzte, der Zugriff auf die Patientendokumentation nehmen kann (Name und Angabe der Telefonnummer) über 24 Stunden,
- die Kooperation mit einem aufnahmebereiten Krankenhaus.

### 4. Postoperative Überwachung:

Die postoperative Überwachung erfordert

- geeignete Räumlichkeiten, in denen der Patient postoperativ unter Aufsicht von speziell eingearbeitetem Assistenzpersonal überwacht wird, bis er wieder im Vollbesitz seiner Schutzreflexe und kooperativ, zeitlich und örtlich orientiert ist und von Seiten der Vigilanz, der Atmung und des Kreislaufs keine Komplikationen zu erwarten sind,
- eine adäquate apparative und medikamentöse Ausstattung mit einem den behandelten Patienten entsprechenden Monitoring,
- die unmittelbare Verfügbarkeit eines Arztes während der postoperativen Überwachung.

## C. Entlassung des Patienten

Die Entlassung des Patienten erfolgt nach einer zu dokumentierenden Abschlussvisite; folgende Kriterien müssen mindestens erfüllt sein:

- Patient ist im Vollbesitz seiner Schutzreflexe,
- stabile Kreislaufverhältnisse,
- keine respiratorischen Einschränkungen,
- Orientierung nach Zeit und Ort,
- kein akutes postanästhesiologisches Erbrechen,
- Nahrungsaufnahme möglich,
- Sicherstellung einer ad-

äquaten postoperativen Schmerztherapie.

Bei Regionalanästhesien ist zusätzlich zu prüfen und zu dokumentieren,

- dass die Blockade von Sensorik und Motorik rückläufig ist,
- bei rückenmarksnahen Verfahren ist zusätzlich die Blasenfunktion zu berücksichtigen.

#### D. Interdisziplinäre Kooperation

Für die Zusammenarbeit zwischen Anästhesist und Operateur gelten, soweit vor Ort nichts Abweichendes vereinbart ist, die zwischen den beteiligten Berufsverbänden und Fachgesellschaften getroffenen Vereinbarungen über die Aufgaben- und Verantwortungs- teilung. Aus der Sicht seines Fachgebietes hat auch der Anästhesist eigenständig zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des gesundheitlichen Zustandes des Patienten und der vorhandenen räumlich-apparativen wie perso-

nellen Infrastruktur unter Prüfung des häuslichen Umfeldes des Patienten eine ambulante Durchführung des Eingriffes erlauben.

#### E. Dokumentation

Die fachspezifische Dokumentation umfasst die Aufzeichnung insbesondere

- der Ergebnisse der anästhesiologischen Voruntersuchung,
- der erfassten Vitalparameter,
- der für die Patientenversorgung relevanten intra- bzw. postoperativen Anästhesieverlaufsbeobachtungen unter Einschluss der verabreichten Medikamente und sonstiger Maßnahmen in Zuordnung zum Zeitablauf.

Die Abschlussvisite zur Entlassung des Patienten ist zu dokumentieren.

Soweit erforderlich sind notwendige Informationen für den nachbehandelnden Arzt zu dokumentieren und dem Patienten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter bei der Entlassung auszuhändigen.

W. Weissauer

## Qualitätssicherung ambulanter Anästhesien

### Kommentar zur Entschließung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin<sup>1</sup>

Die Entschließung steht unter dem Leitgedanken, dass angesichts knapper Mittel die Möglichkeit ausgeschöpft werden muss, bisher vorwiegend stationär durchgeführte Eingriffe in den klinik- und praxisambulanten Bereich zu verlagern. Auch hier gilt, wie bei anderen Rationalisierungsprogrammen der Vorbehalt, dass die Kosteneinsparung nicht zu Lasten der Qualität der ärztlichen Versorgung und der Patientensicherheit gehen darf. Für ambulante Eingriffe gelten die gleichen fachspezifischen Qualitätsstandards wie für stationäre.

Die ambulante Durchführung erfordert neben der Prüfung, ob der Eingriff hier et nunc indiziert ist, die zusätzliche Prüfung, ob sich durch die ambulante Durchführung die Erfolgsaussichten verschlechtern und/oder die Eingriffsrisiken erhöhen.

Dieser Beurteilung können keine abstrakten Maßstäbe zugrunde gelegt werden. Zu prüfen ist, ob es konkrete Anhaltspunkte dafür gibt, dass sich die Nutzen-Risikobilanz, die jeder ärztlichen Indikationsstellung zugrunde liegt, beim ambulanten Eingriff gegenüber dem stationären Eingriff (z.B. wegen des schlechten Allgemeinzustandes des Patienten, wegen Vor- und Begleiterkrankungen

oder fehlender häuslicher Pflege) verschlechtern würden. Dabei ist zu bedenken, dass unsere Rechtsordnung vom Arzt nicht die Wahrung jeder erdenklichen Sorgfalt fordert, sondern die Wahrung der erforderlichen Sorgfalt. Nach ständiger Rechtsprechung ist dies (rückblickend nach einem folgenschweren Behandlungsmisserfolg) die Sorgfalt, die ein erfahrener gewissenhafter Arzt bzw. Facharzt desselben Gebietes in der gleichen konkreten Situation gewahrt hätte.

#### Interdisziplinäre Aufgabenteilung

Nach den zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen vereinbarten Leitsätzen über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung<sup>2</sup> steht die grundlegende Aufgabenteilung außer jeden Zweifel. Der Chirurg ist nach den Grundsätzen einer strikten Arbeitsteilung zuständig und verantwortlich für die Planung und Durchführung des operativen Eingriffs, der Anästhesist für die Planung und Durchführung des Betäubungsverfahrens sowie für die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen.

#### Impressum



Herausgeber: Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)  
Redaktion: M.-J. Polonius, Berlin/Dortmund  
Präsident: M.-J. Polonius, Berlin/Dortmund  
Vizepräsident: T. Mischkowsky, Berlin/Kempten  
Justitiar: J. Heberer, Berlin/München

BDC-Geschäftsstelle:  
Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin, Tel.: 030/28 00 41 00,  
Fax: 030/28 00 41 09, E-Mail: mail@bdc.de  
Geschäftsführer: H.-H. Felsing, Berlin, J. Ansorg, Berlin,  
www.bdc.de

Der Bezug der Informationen des BDC ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. enthalten.

Druck: Stürtz GmbH, Würzburg – Printed in Germany  
Eigentümer und Copyright © Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006  
Tiergartenstr. 17, 69121 Heidelberg, Tel. +49 62 21/487-0, springer.de

<sup>1</sup> Anästh Intensivmed 2005; 46; 36-37

<sup>2</sup> Anästh Intensivmed 1982; 23; 403-405

## Entscheidung über die ambulante Durchführung

Der Chirurg entscheidet nach Nr. 1.1 der Leitsätze über die Indikation zum Eingriff sowie über Art und Zeitpunkt der Operation. In seinen Aufgaben- und Kompetenzbereich fällt auch die Entscheidung, ob der Eingriff stationär oder ambulant durchgeführt werden soll.

Wirkt der Anästhesist bei dem Eingriff mit, so muss er prüfen, ob aus der Sicht seines Aufgabenbereiches Bedenken gegen den Eingriff, den Zeitpunkt des Eingriffs oder gegen seine ambulante Durchführung bestehen. Hat er Bedenken, so muss er sie dem Operateur mitteilen.

Die Entscheidung, ob der Eingriff dennoch durchgeführt werden kann oder aufgeschoben werden muss, obliegt nach den zitierten Leitsätzen dem Operateur. Er entscheidet auch, ob der Eingriff trotz der Bedenken des Anästhesisten ambulant durchgeführt wird. Der Operateur übernimmt, wenn er sich entgegen die Bedenken des Anästhesisten für den Eingriff bzw. für seine ambulante Durchführung entscheidet, die volle ärztliche und rechtliche Verantwortung für die richtige Abwägung der für seine Entscheidung wesentlichen Umstände.

Der Anästhesist darf sich im Rahmen und in den Grenzen des Vertrauensgrundsatzes darauf verlassen, dass der Operateur diese Abwägung mit der erforderlichen Sorgfalt vorgenommen hat. Bestehen aus der Sicht des Anästhesisten Bedenken, auf die er den Operateur hingewiesen hat, z.B. wegen des schlechten Allgemeinzustandes des Patienten, so muss er bei der Wahl und Durchführung des Anästhesieverfahrens sowie bei der Überwachung der Vitalfunktio-

nen diesen risikoe erhöhenden Umständen Rechnung tragen.

## Zuziehung des Anästhesisten

Soweit sich nicht ausnahmsweise aus der Organisation der Krankenhausambulanten Versorgung, aus Dienstverträgen und/oder aus Vereinbarungen zwischen Operateur und Anästhesist (z.B. bei der Zusammenarbeit in ambulanten Operationszentren) etwas anderes ergibt, ist der Operateur prinzipiell frei in seiner Entscheidung, ob er den Anästhesisten zu einem ambulanten Eingriff zuzieht.

Dieses Prinzip gilt freilich nicht uneingeschränkt:

1. Eine generelle Ausnahme gilt für die ambulanten Eingriffe, die eine Narkose erfordern, unter zwei Aspekten:

— Die Weiterbildungsordnung behält die Weiterbildung in den Narkoseverfahren dem anästhesiologischen Fachgebiet vor.

— Die Narkose erfordert eine kontinuierliche Steuerung des Betäubungsverfahrens und die ständige ärztliche Überwachung der Vitalfunktion; der Operateur kann deshalb die Doppelverantwortung für den speziellen Eingriff und für das Betäubungsverfahren sowie für die Überwachung der Vitalfunktionen nicht übernehmen.

2. Eine partielle Ausnahme gilt für **Regionalanästhesieverfahren**:

— Die Weiterbildung der Chirurgen und anderer operativer Fächer erstreckt sich auch auf die Regionalanästhesien. Insofern gibt es keine Einschränkungen seiner fachlichen Zuständigkeit.

— Die Regionalanästhesien (ausgenommen wohl die Peridural- und Spinalanästhesie) erfordern keine kontinuierliche Steuerung des Betäubungsver-

fahrens und die Intensität der ärztlichen Überwachung kann sich nach einer Stabilisierung der Vitalfunktionen in unkomplizierten Fällen reduzieren.

Im Anschluss an die Feststellung, dass die gleichzeitige Durchführung der Operation und der Narkose durch den Operateur mit den anästhesiologischen Sorgfaltsanforderungen unvereinbar ist, nimmt die Entscheidung zur Doppelfunktion des Operateurs bei der Regionalanästhesie wie folgt Stellung:

„Das gleiche gilt für Eingriffe in Regionalanästhesie, wenn der Eingriff und/oder das Anästhesieverfahren erfahrungsgemäß mit einer Beeinträchtigung der vitalen Funktionen verbunden sein kann“. Ausgelegt werden muss diese Stellungnahme im Kontext mit dem vorhergehenden Satz und dem Grundsatz, dass die Rechtsordnung vom Arzt nicht die Beachtung jeder erdenklichen Sorgfalt fordert, sondern die Wahrung der berufsspezifischen Sorgfalt.

Dabei ist zu bedenken: Keine Operation und keine Anästhesie ist ohne jeden Einfluss auf die vitalen Funktionen. Als „Beeinträchtigungen“, die sich auf die Doppelfunktion des Operateurs auswirken, können jedoch nur Störungen verstanden werden, die ärztliche Reaktionen zur Überwachung und/oder Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen erfordern.

Zum anderen können auch kleine Routineeingriffe und die zugehörigen Anästhesieverfahren bei einer Verkettung nicht vorhersehbarer unglücklicher Umstände zu erheblichen Beeinträchtigungen der Vitalfunktionen führen. Wollte man diese abstrakte Gefahr genügen lassen, so müsste zu jeder Operation ein Anästhesist zugezogen werden. Anzukommen hat es jedoch, ebenso wie bei der Entscheidung für oder gegen die ambulante Operation, auf die konkreten Umstände des Einzelfalles, also vor allem auf die Art und Schwere der Operation sowie auf die individuelle mit der erforderlichen Sorgfalt erkennbaren komplizierenden und risikoe erhöhenden Umstände.

Es ist Sache des Operateurs sich zu vergewissern, ob solche Umstände im operativen und/oder im Bereich des Betäubungsverfahrens vorliegen sowie ihre Bedeutung und ihr Gewicht für seine Doppelbelastung abzuwägen. Dabei ergeben sich, wie überall in der Medizin, Grenz- und Zweifelsfälle. Für sie gilt die gute alte Regel, dass der Arzt im Zweifel die sicherere Methode wählen soll. Er reduziert damit das Risiko des Patienten und zugleich sein forensisches Risiko.

Korrespondenzadresse:

**Prof. Dr. jur. h.c. W. Weissauer**  
Via Borchetto 12  
I-06064 Panicale