

Richtlinien für die Stellung des leitenden Anästhesisten*

der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie stimmen überein, daß eine fachgerechte Anästhesie zur Einrichtung eines Krankenhauses gehört und zur Sicherheit des Patienten während und nach einer Operation entscheidend beiträgt.

Um die zukünftige Stellung des Anästhesisten im Rahmen der Universitäten und Krankenhäuser innerhalb der Bundesrepublik zu fördern, haben beide Gesellschaften die folgenden Richtlinien gemeinsam erstellt, deren Beachtung den zuständigen Stellen empfohlen wird. Nicht zuletzt sollte ihre Realisierung auch dazu dienen, den augenblicklichen Mangel an Anästhesie-Fachkräften zu beheben.

1. Allgemeine Grundsätze

1.1 Das Fachgebiet der klinischen Anästhesie umfaßt alle Aufgaben, die der Schmerzbekämpfung und Reanimation des Patienten vor, während und nach einer Operation dienen. Darüber hinaus fällt der klinischen Anästhesie die Aufgabe zu, auf anderen Gebieten (Schocktherapie, Tetanus, Schädelverletzungen, Atmungsinsuffizienz, Vergiftungen etc.) mit den jeweiligen Fachdisziplinen zusammenzuarbeiten.

1.2 Der Fachanästhesist trägt in seinem Aufgabenbereich die volle ärztliche und juristische Verantwortung. Daher steht ihm auch die gleiche Selbständigkeit wie anderen Fachvertretern zu.

1.3 Das Wohl des Patienten erfordert - unbeschadet der Selbständigkeit und Eigenverantwortung von Chirurg und Anästhesist - in jedem Falle eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit beider. Beide Teile sind deshalb zu gegenseitiger Information und Absprache über alle Punkte verpflichtet, die für die Tätigkeit des anderen entscheidend sein können. Hierzu gehören die Vorbereitung des Patienten, die Entscheidung

zwischen Lokal- und Allgemeinbetäubung, die Einführung neuer Narkoseverfahren oder Medikamente, die Änderung bisheriger Routine-Methoden ebenso wie Fragen des Operationstermins, der Lagerung des Patienten, des operativen Vorgehens und seiner voraussichtlichen Dauer, ferner anästhesiologische Komplikationen im intra- und postoperativen Verlauf. Überschneidungen der Kompetenzen, die je nach den örtlichen personellen Verhältnissen verschieden sein können, müssen durch persönliche Absprachen von Chefchirurg und Chefanästhesist geregelt werden.

1.4 Fragen von allgemeinem Interesse sowie eventuelle Streitigkeiten können der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie unterbreitet werden. Beide Gesellschaften unterhalten eine je dreiköpfige Kommission, die miteinander korrespondieren und bei Bedarf zu gemeinsamen Besprechungen zusammentreten.

2. Stellung und Tätigkeit des leitenden Anästhesisten

2.1 Der leitende Anästhesist sollte innerhalb des Krankenhauses den übrigen Chef- bzw. Abteilungsärzten gleichgestellt sein. An den Universitäten ist ein planmäßiges Extraordinariat anzustreben unter gleichzeitiger Ernennung zum Direktor oder Vorstand der Anästhesie-Abteilung.

2.2 Auch innerhalb der medizinischen Fakultäten empfiehlt sich der Ausbau zentraler Anästhesieabteilungen für alle operativ tätigen Kliniken. Sofern an einzelnen Kliniken selbständige Fachanästhesisten bereits tätig sind, wird ihre fachliche Anlehnung an den Lehrstuhlinhaber - schon

* Der Anaesthesist 14 (1965) 31 - 32

im Interesse einer vollständigen Ausbildung der Assistenten - zweckmäßig sein.

2.3 Der leitende Anästhesist vertritt in seiner Eigenschaft als Lehrstuhlinhaber sein Fach in Forschung und Lehre selbständig. Patienten der von ihm betreuten Kliniken können von ihm für Forschungs- und Lehrzwecke herangezogen werden, wenn sie und der Klinikdirektor eingewilligt haben, wobei letzterer seine Zustimmung auch generell abgeben kann.

2.4 Der Personal- und Sachetat, die Einstellung und Entlassung von Mitarbeitern, die Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung sowie das Liquidationsrecht des leitenden Anästhesisten regelt sich in Abhängigkeit von seiner Stellung (Chefarzt, Abteilungsleiter, Direktor etc.).

2.5 Räumlich und organisatorisch empfiehlt sich eine enge Anlehnung der Anästhesie-Abteilung an die Chirurgische Klinik. Die der Forschung und Ausbildung dienenden Laboratorien der Anästhesie-Abteilung sollten aus fachlichen und wirtschaftlichen Gründen mit bestehenden oder geplanten Abteilungen für experimentelle Chirurgie oder klinische experimentelle Medizin zusammengelegt werden. Das Recht zu selbständiger Forschung wird hierdurch nicht berührt.

2.6 Dem leitenden Anästhesisten unterstehen die Aufwächerräume, in denen die Patienten nach der Operation bis zur stationären Weiterverlegung verbleiben (Recovery room). Die Wachstation (Frischoperierten- und Akutkranken-Station) wird in enger Zusammenarbeit mit dem Anästhesisten in der Regel vom Chirurgen geleitet. Werden auf der Wachstation zusätzlich noch die Aufgaben reiner Wiederbelebung (z. B. bei Beatmungs-Patienten) erfüllt, so ist die Übernahme dieses Teils durch den Anästhesisten zu empfehlen. Zur Unterstützung dieser Aufgaben hat sich die Zuteilung von Anästhesie-Schwestern bewährt.

2.7 Zur Behebung des Nachwuchsmangels wird die Einrichtung sog. Ausbildungsstellen für Anästhesie befürwortet, deren Vergütung dem Stelleninhaber auch während seiner zur Facharztanerkennung notwendigen internen, chirurgischen oder theoretischen Ausbildung zur Verfügung steht. Unabhängig von den Anästhesie-

Assistenten soll auch dem chirurgischen Assistenten eine mehrmonatige Ausbildung in den Grundbegriffen der Anästhesie geboten werden.

2.8 Die Liquidation bei Privatpatienten erfolgt nach gegenseitiger grundsätzlicher Unterrichtung über das Liquidationsverfahren nach den in der Gebührenordnung festgelegten Sätzen. Auch im Einzelfall kann sich eine gegenseitige Absprache empfehlen.

2.9 Große Anästhesie-Abteilungen benötigen zur Durchführung ihrer vielfältigen Aufgaben einige ältere Mitarbeiter mit abgeschlossener Fachausbildung, die nicht unbedingt habilitiert sein müssen, denen aber unter erstrebenswerten finanziellen und arbeitsmäßigen Bedingungen eine unbefristete Anstellung geboten werden sollte.

3. Die Stellung des Anästhesisten am kleinen Krankenhaus

3.1 Eine fachgerechte Chirurgie wird sich an kleinen Krankenhäusern auf längere Sicht nur durchführen lassen, wenn die Anästhesie von freiergelassenen Fachärzten ausgeführt wird.

3.2 Gegenwärtig ist diese naheliegende Lösung zum Teil allein deshalb nicht praktikabel, weil an vielen Häusern keine Möglichkeit besteht, diese Tätigkeit bei Kassenpatienten zu vergüten. Dies hält viele Anästhesisten davon ab, eine freie Niederlassung anzustreben.

3.3 Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie sind sich einig, daß diese Probleme, die bereits Gegenstand von Verhandlungen mit den Kassen sind, dringend einer Lösung bedürfen.

November 1964

gez.: Prof. Dr. K. Wiemers
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Anästhesie

gez.: Prof. Dr. H. Krauss
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Chirurgie