

Kommentar

zur Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie*

W. Weißauer

Die Risiken der Arbeitsteilung wiegen um so schwerer, je enger die ärztlichen Spezialisten bei der Behandlung des Patienten zusammenarbeiten und je mehr ihre diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ineinander greifen. Die Zusammenarbeit des Operateurs mit dem Anästhesisten als Vertreter eines selbständigen Gebietes am Operationstisch setzte insoweit neue Maßstäbe. Operateur und Anästhesist erbringen ihre fachspezifischen Leistungen intraoperativ nicht nacheinander oder nebeneinander, sondern erfüllen in enger wechselseitiger Abhängigkeit eine gemeinsame Aufgabe. Die Belastungen des Organismus durch den speziellen Eingriff und durch das Betäubungsverfahren können sich potenzieren. Selbst kleine Koordinationsmängel und Verständigungsfehler in der prä-, intra- und postoperativen Phase erhöhen das Behandlungsrisiko signifikant.

Aufgaben der an dieser Zusammenarbeit beteiligten Gebiete muß es sein, in interdisziplinären Vereinbarungen Regeln zu entwickeln, die den medizinischen Kooperationsanforderungen Rechnung tragen, also ein Optimum an Sicherheit für den Patienten mit einer rationellen und effektiven Aufgabenverteilung zwischen den Spezialisten zu verbinden. Soweit in solchen Vereinbarungen die durch die Kooperation vorgegebenen Kompetenzkonflikte zu lösen sind, geht es darum, die Prädominanz der fachlichen Anforderungen und nicht eine Prädominanz der an der Zusammenarbeit beteiligten Spezialisten festzulegen. Die medizinischen Bedürfnisse und die Interessen des Patienten stehen dabei absolut im Vordergrund. Die Gefahr der zivil- und strafrechtlichen Haftung kann nicht mehr sein als ein zusätzliches Motiv oder auch ein heilsamer Zwang zu einer präzisen Abgrenzung von Aufgaben und Verant-

wortung. Nach einem lebhaften Meinungsstreit um die medizinischen und juristischen Grundsatzfragen haben sich 1964 die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie über die Grundlagen der Zusammenarbeit geeinigt. Der Grundsatz der strikten Arbeitsteilung und der Vertrauensgrundsatz, die dieser Vereinbarung zugrunde liegen, haben sich in der Praxis, aber auch forensisch bewährt (vgl. z. B. Urteil des BGH vom 16.10.1979, NJW 1980, S. 650)¹⁾.

Im August 1982 schlossen der Berufsverband Deutscher Anästhesisten und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung. Sie hat die Kooperationsabsprachen gegenüber allen bisherigen interdisziplinären Vereinbarungen wesentlich erweitert und differenziert. Auch diese neue Vereinbarung hat bereits Eingang in mehrere höchstrichterliche Entscheidungen gefunden.

Die Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie basiert auf der Vereinbarung vom August 1982, die nach gründlicher Diskussion in wesentlichen Teilen übernommen, aber auch an einzelnen Stellen weiterentwickelt wurde.

* Anästh. Intensivmed. 25 (1984) 467 - 472

¹⁾ W. Weißauer: Die interdisziplinäre Arbeitsteilung und der Vertrauensgrundsatz in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes. Anästh. Intensivmed. 21 (1980) 97 - 99

1. Das Prinzip der Arbeitsteilung und der Vertrauensgrundsatz

1.1 Der Begriff der strikten Arbeitsteilung soll besagen, daß der Orthopäde und Anästhesist ihre fachlichen Aufgaben selbständig und in eigener Verantwortung wahrzunehmen haben. Beide können sich, wie es dem Sinn der horizontalen Arbeitsteilung entspricht, voll auf ihre eigenen Aufgaben konzentrieren. Es gibt insoweit keine wechselseitigen Überwachungspflichten.

Der Vertrauensgrundsatz besagt, daß Orthopäde und Anästhesist sich wechselseitig auf die ordnungsgemäße Erfüllung der dem Partner obliegenden Aufgaben verlassen dürfen. Dieses Vertrauen ist jedoch dann nicht mehr gerechtfertigt, wenn bei der Zusammenarbeit Qualifikationsmängel, Leistungsdefizite oder konkrete Fehler für den Partner erkennbar werden, die das Behandlungsrisiko erhöhen.

Der Grundsatz der strikten Arbeitsteilung und der Vertrauensgrundsatz gelten auch dann, wenn auf der einen und/oder auf der anderen Seite nachgeordnete Ärzte der beiden Fachabteilungen eingesetzt werden, die noch keine Gebietsanerkennung besitzen. Es ist Sache der leitenden Ärzte der Fachabteilungen, durch Wahrung der erforderlichen Sorgfalt bei der Einteilung, Anleitung und Überwachung ihrer Mitarbeiter die ordnungsgemäße Erfüllung ihrer fachlichen Aufgaben zu gewährleisten.

Wie oben betont wird, umfaßt die fachliche Zuständigkeit des Orthopäden für den operativen Eingriff und die des Anästhesisten für das Betäubungsverfahren nicht nur die Durchführung, sondern auch die Planung. Darauf basiert die Abgrenzung der fachspezifischen Aufgaben im Rahmen der Voruntersuchung, der Vorbehandlung, bei der Wahl der Methode, bei der Entscheidung über die Eingriffsindikation und bei der Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch sowie bei der Eingriffsaufklärung, die in den einzelnen Bestimmungen der Vereinbarung z. T. noch näher angesprochen

wird.

So wichtig es ist, klare Abgrenzungskriterien zu schaffen, so nahe liegt andererseits der Hinweis auf das Gebot der wechselseitigen kollegialen Rücksichtnahme. Die Wahl des operativen Vorgehens ist Sache des Orthopäden, die Wahl des Betäubungsverfahrens obliegt dem Anästhesisten. Soweit aber die Wahl zwischen fachlich gleichwertigen Möglichkeiten offen steht, sollte sie genutzt werden, um den Wünschen des Partners Rechnung zu tragen.

1.2 Gegenstand von Kontroversen zwischen Operateur und Anästhesist ist immer wieder einmal die Entscheidung über die Eingriffsindikation. Mit dem weiteren Vordringen der operativen Medizin in Grenzbereiche (z. B. im Rahmen der Alterschirurgie) nehmen diese Kontroversen zwangsläufig zu. Sie sind von der Natur der Sache her vorgegeben; sie können und sollen durch interdisziplinäre Vereinbarungen nicht eliminiert werden.

Die Entscheidung, ob der Eingriff durchgeführt werden soll, beruht auf einer Abwägung der indizierenden gegen die kontraindizierenden Faktoren. Der Operateur muß aus der Sicht seines Gebietes versuchen, die operativen Chancen zugunsten seiner Patienten auszuschöpfen. Für den Anästhesisten, dem während des Eingriffs die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktion obliegt, steht dagegen die Gesamtbelastung des Organismus im Vordergrund. Dieser Widerstreit der Aspekte, die Betonung der indizierenden Faktoren auf der einen und der kontraindizierenden auf der anderen Seite, dient, solange streng objektiv und sachbezogen argumentiert wird, dem wohlverstandenen Interesse des Patienten.

Kommt es nicht zu einer Einigung, so muß einem der beiden Partner der Stichentscheid obliegen, weil sich sowohl eine Pattsituation als auch die Zuziehung Dritter in einer Art Schiedsrichterfunktion verbietet. Daß die Vereinbarung dem Operateur den Stichentscheid überläßt und ihm damit eine Art Kompetenz-Kompetenz für die Abwägung der indizierenden und kontraindizierenden Faktoren einräumt, ist nicht neu (so schon

Verantwortung zwischen Anästhesist und Operateur⁽²⁾). Für diese Lösung spricht eine Reihe von Gründen, insbesondere aber die Tatsache, daß der Operateur regelmäßig die älteren und engeren Beziehungen zum Patienten hat.

Der Operateur, der den Stichtenscheid trifft, übernimmt damit die volle ärztliche und rechtliche Verantwortung, daß er die ihm vom Anästhesisten mitgeteilten Bedenken gegen den Eingriff oder gegen seine Durchführung hic et nunc sachgerecht würdigt und die Abwägung mit der gebotenen Sorgfalt vornimmt. Darauf darf sich der Anästhesist bis zu den Grenzen des Vertrauensgrundsatzes verlassen.

Entscheidet sich der Operateur für den Eingriff, so hat selbstverständlich der Anästhesist, der auf kontraindizierende Faktoren hingewiesen hat, bei der Planung und Durchführung des Betäubungsverfahrens sowie bei der Überwachung der Vitalfunktionen den erhöhten Risiken Rechnung zu tragen. Würde sich jedoch der Operateur willkürlich über die Bedenken des Anästhesisten hinwegsetzen und eine erkennbar unsachliche Entscheidung treffen, so müßte der Anästhesist die Durchführung des Betäubungsverfahrens ablehnen. Er sollte sich dann gleichwohl bereithalten, um bei Komplikationen zugunsten des Patienten eingreifen zu können, falls der Eingriff trotzdem durchgeführt würde.

1.3 Angesprochen ist hier ein Routineprogramm von Basisuntersuchungen, auf das sich Orthopäde und Anästhesist einigen sollen. Seine generelle Festlegung, etwa im Rahmen der Vereinbarung, verbietet sich schon deshalb, weil es auch innerhalb der beiden Fachgebiete keine einheitliche Meinung über Inhalt und Reichweite der vor jedem Eingriff routinemäßig durchzuführenden Voruntersuchungen gibt.

Prinzipiell möglich und zweckmäßig erscheint dagegen eine Einigung auf ein Routineprogramm in jedem einzelnen Krankenhaus. Es kann dadurch der organisatorische Ablauf verbessert und die Verlegung von Operationsterminen vermieden werden, die notwendig wird, wenn die Zeit für die anästhesiologische Voruntersuchung und Vorbehandlung nicht ausreicht.

1.4 Problematisch ist die Abgrenzung der Aufgaben bei der Aufklärung der Risiken, die sich aus der operativen Gesamtbelastung für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen ergeben. Der Orthopäde hat sie bei seiner Entscheidung für den Eingriff in Rechnung zu stellen; er sollte sie - jedenfalls in großen Zügen - auch in seine Aufklärung einbeziehen. Über die konkreten Risikofaktoren, die sich aus Vor- und Begleitkrankheiten, einem reduzierten Allgemeinzustand oder einem extremen Lebensalter ergeben, sollte dagegen der Anästhesist aufklären. Der vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten empfohlene Aufklärungs- und Anamnesebogen, der eine breite Verwendung gefunden hat, geht diesen Weg⁽³⁾. Er bezieht die allgemeinen Operationsgefahren in seinen umfangreichen Fragenkatalog mit ein und weist den Patienten darauf hin, daß es sich um individuelle, risikoe erhöhende Faktoren handelt. Der Patient erhält damit eine Basisinformation, die es ihm ermöglicht, weiterführende Fragen zu stellen oder bewußt darauf zu verzichten. Die gemeinsame Aufklärung durch Orthopäde und Anästhesist in Risikofällen soll dem Patienten ein abgewogenes Bild vermitteln.

2. Zuständigkeit für das Betäubungsverfahren

Angesprochen ist der stationäre Bereich.

2.1 Der Krankenhaussträger, der eine Anästhesieabteilung einrichtet, will regelmäßig die Verantwortung für die gesamte anästhesiologische Versorgung zentralisieren und konzentrieren. Die Abgrenzung der anästhesiologischen Verfahren, die auch weiterhin von den operativen Fächern selbst durchgeführt werden, kann der Vereinbarung zwischen dem leitenden Anästhesisten und den Leitern der operativen Fachabteilungen überlassen bleiben. Sie bestimmt sich nach den konkreten Umständen des einzelnen Krankenhauses.

²⁾ Anaesthesist 11 (1962) 239 - 256

³⁾ Anästh. Intensivmed. 22 (1981) 52

2.2 Die Vereinbarung schlägt eine Abgrenzung vor, die dann gelten soll, wenn Orthopäde und Anästhesist keine davon abweichende individuelle Absprache treffen. Danach bleiben Operation und Betäubungsverfahren bei den Eingriffen in einer Hand, die routinemäßig in örtlicher Betäubung durch Infiltration des Operationsgebietes oder in operationsfeldnaher Regionalanästhesie durchgeführt werden. Werden Absprachen getroffen, die davon abweichen, so sollte der Krankenhaussträger unterrichtet werden. Damit soll, falls es zu einem Zwischenfall kommt, dem Vorwurf begegnet werden, der Orthopäde habe seinen durch Organisationsakt des Krankenhaussträgers festgelegten Aufgabenbereich überschritten und der Anästhesist habe die ihm zugewiesenen Aufgaben im konkreten Fall nicht wahrgenommen. Der Grundsatz, daß der Orthopäde, der die Anästhesie selbst durchführt, die Verantwortung nicht nur für das Betäubungsverfahren, sondern auch für die Überwachung der Vitalfunktionen übernimmt, wird dort durchbrochen, wo der Anästhesist zum „Stand-by“ zugezogen wird. Zweckmäßig kann eine solche Art der Zusammenarbeit insbesondere bei Risikopatienten sein, bei denen die operationsfeldnahe Infiltrationsanästhesie in Absprache zwischen Orthopäde und Anästhesist gewählt wird, weil sie die Vitalfunktionen am wenigsten belastet. Soll der Anästhesist das „Stand-by“ übernehmen, so muß ihm aber auch Zeit und Gelegenheit zur Voruntersuchung und zu den evtl. erforderlichen Vorbehandlungen eingeräumt werden, weil ihm sonst die Übernahme der Verantwortung nicht zugemutet werden kann. Die spezielle oder generelle Einigung über das „Stand-by“ ist in der Vereinbarung vorgesehen, weil damit die Grenzen der üblichen Arbeitsteilung überschritten werden.

2.3 Die meisten Krankenhäuser sind heute umfassend fachanästhesiologisch versorgt. In einzelnen Krankenhäusern wird es aber den Leitern der Belegabteilung freigestellt, den Anästhesisten zuzuziehen. Dabei ist zu beachten: Es gibt zwar kein Monopol des Anästhesisten für das Betäubungsverfahren. Der Operateur, der die Narkose selbst durchführt, muß sich forensisch aber, wenn

es zu einem Zwischenfall kommt, am Leistungsstandard des Anästhesisten messen lassen. Übernimmt er zugleich die Verantwortung für den speziellen Eingriff und für die Narkose, so liegt zudem der Vorwurf nahe, daß sich damit das Zwischenfallrisiko erhöht habe.

3. Ambulantes Operieren

Das Postulat, aus Gründen der Wirtschaftlichkeit soviel ambulant zu operieren wie möglich und soviel stationär wie nötig, wird allseits anerkannt. Seine Realisierung scheitert noch viel zu oft an den unzureichenden Kapazitäten im Bereich der Anästhesie und an organisatorischen Problemen⁴⁾. Es gibt nur eine verhältnismäßig kleine Zahl niedergelassener Anästhesisten, weil die Vergütung ambulanter anästhesiologischer Leistungen so niedrig bemessen ist, daß sie keine wirtschaftliche Existenzgrundlage bietet. Damit ergeben sich Engpässe für das praxisambulante Operieren. Ob ambulante operative Zentren und Tageskliniken eine Lösung auf breiter Basis bieten, ist noch offen.

Beim ambulanten Operieren im Krankenhaus ergibt sich das Problem, daß dem Anästhesisten oft keine Zeit für eine gründliche Voruntersuchung bleibt. Sie ist notwendig auch unter dem Aspekt, daß der Anästhesist zusätzlich zu prüfen hat, ob sich aus der fachlichen Sicht seines Gebietes Bedenken gegen die ambulante Durchführung ergeben. Selbst unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit ist ambulantes Operieren aber nur dann sinnvoll, wenn dabei der volle Leistungsstandard gewahrt wird. Ein einziger schwerer Anästhesiez Zwischenfall mit Hypoxieschaden kann mehr Kosten verursachen, als mit der ambulanten Durchführung von mehreren tausend Eingriffen gespart wird.

⁴⁾ Mittlerweile überholt (die Red.)

4. Planung und Durchführung des Operationsprogramms

Die Beibehaltung alter Stellenpläne trotz der Fortschritte der Medizin und der Entwicklung neuer, arbeitsintensiver diagnostischer und therapeutischer Methoden sowie die fortschreitende Verkürzung der Liegedauer bedeuten nur dann keine evidente Erhöhung der Risiken, wenn es gelingt, den Behandlungsablauf optimal zu organisieren. Dabei ist zu bedenken, daß in der Anästhesieabteilung die Anforderungen der operativen Fächer wie in einem Brennpunkt zusammenlaufen.

4.1 Die Risiken erhöhen sich signifikant, wenn der Anästhesist keine Zeit und keine Gelegenheit zu einer gründlichen Voruntersuchung und zu einer evtl. nötigen Vorbehandlung hat.

4.2 Die Aufgaben von Anästhesist und Orthopäde erschöpfen sich nicht in der Tätigkeit am Operationstisch. Werden die Operationsprogramme so geplant, daß sie nahezu die gesamte normale Dienstzeit in Anspruch nehmen, so bleibt für die Erfüllung der übrigen Aufgaben keine Zeit, oder die Mitarbeiter werden durch eine zusätzliche Inanspruchnahme weit über die normale Arbeitszeit hinaus überfordert. Kommt es dadurch zur Übermüdung und zu Konzentrationschwächen, so müssen sich Orthopäde und Anästhesist auch dafür verantworten, ob es nicht möglich gewesen wäre, den Ablauf des Operationsprogramms anders zu organisieren. Die Gerichte prüfen, ob im konkreten Fall die Operation notwendig und dringlich war oder ob sie verschoben bzw. der Patient in eine anderes Krankenhaus hätte verlegt werden können. Daß mit solchen Reduzierungen der Operationsprogramme die Engpässe nicht beseitigt werden können, sondern nur noch stärker aggravieren würden, liegt auf der Hand. Angesichts des von einem schweren Zwischenfall betroffenen Patienten fällt es aber schwer, sich mit einem solchen Hinweis forensisch zu entlasten.

5. Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch

Die Lagerung des Patienten bestimmt sich primär nach den Erfordernissen des vom Orthopäden geplanten operativen Vorgehens. Im Rahmen der Methodenfreiheit wird er das operative Vorgehen und die Lagerung wählen, die ihm nach seinen persönlichen Erfahrungen im konkreten Fall als optimal erscheinen.

Die vom Operateur gewünschte Lagerung kann andererseits die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen erschweren sowie das Risiko der Lagerungsschäden erhöhen. Sieht der Anästhesist unter diesen Aspekten gegen die vom Orthopäden vorgesehene Lagerung Bedenken, so muß er ihn darauf hinweisen. Das gleiche gilt bei intraoperativen Lageveränderungen, die planmäßig durchgeführt werden. Die Situation gleicht der bei der Entscheidung über die Operationsindikation; die Vereinbarung löst ihre Grundproblematik folgerichtig wie dort (Nr. 1.2 der Vereinbarung).

Die weitere Aussage, daß Anästhesist und Orthopäde - jeder in seinem Bereich - die erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen zu treffen sowie die notwendigen Kontrollen vorzunehmen haben, läßt freilich die Frage, wie diese Aufgaben interdisziplinär abzugrenzen sind, bewußt offen, weil sie noch einer näheren interdisziplinären Diskussion bedarf. Bei der Beantwortung dieser Frage werden zwei Phasen zu unterscheiden sein, die der Lagerung vor Beginn der Operation mit der Verpflichtung zur „Anfangskontrolle“ und die Lagerung während der Operation mit der Verpflichtung zur „Verlaufskontrolle“.

a) Zur Anfangskontrolle meint der BGH in seinem Urteil vom 24.01.1984 (VI ZR 203/82) - es ging um eine Extremitätenlähmung nach Bandscheibenoperation in „Häschenstellung“ - lapidar, sie sei Sache des Operateurs. Seine Aufgabe sei es, dem Pflegepersonal die erforderlichen Anweisungen über die Lagerung zu erteilen und diese vor Beginn der Operation zu kontrollieren. Details und insbesondere die Aufgabenteilung zwischen Operateur und Anästhesist in dieser

Phase bedürften anhand des konkreten Falls keiner Erörterung.

Bei näherer Analyse kann nicht zweifelhaft sein, daß der Anästhesist an dieser Kontrolle sowohl im Hinblick auf die Sorge für die Vitalfunktionen wie auch unter dem Aspekt der möglichen Lagerungsschäden mitwirken muß. Die Narkose schaltet die Schutzreflexe gegen Druck und Zerrung aus und baut den stützenden Muskeltonus ab. Sie setzt damit die Vorbedingungen für periphere Nervenlähmungen. Wer eine medizinische Methode anwendet, muß auch die möglichen Schutzvorkehrungen gegen die ihr immanenten Gefahren treffen und ihre Risiken kontrollieren. Der Anästhesist ist regelmäßig bei der Lagerung zugegen und gibt dem Pflegepersonal auch selbst die erforderlichen Anweisungen.

Seine unmittelbare eigene Aufgabe ist insbesondere die Lagerung des Armes, den er zur Überwachung der Vitalfunktionen und für die laufenden Infusionen benötigt.

b) Zur Verlaufskontrolle meint der BGH in dem zitierten Urteil, der Anästhesistin habe während der Operation die Kontrolle der „Kopflage aus neurologischer Sicht“ obliegen. Hinter der Stellungnahme zum konkreten Fall könnte die Tendenz des BGH stehen, dem Anästhesisten generell die Verlaufskontrolle zur Abwendung von Lagerungsschäden zuzuweisen.

Der Verfasser dieses Kommentars hat früher prinzipiell die gleiche Tendenz vertreten, ausgehend von dem bereits erwähnten Grundsatz, daß der Arzt, der eine bestimmte Methode anwendet, auch für den Schutz gegen ihre Risiken zu sorgen hat. Er meint, an dieser Auffassung aber nicht festhalten zu können, weil der Anästhesist mit seiner Methode zwar die Vorbedingungen für die „Narkoselähmung“ setzt. Unmittelbare Ursache für die Schäden, um deren Abwendung es bei der intraoperativen Verlaufskontrolle geht, sind aber ganz vorwiegend Lageveränderungen und Einwirkungen auf den Körper des Patienten in Form von Druck und Zug, die auf dem speziellen Eingriff beruhen. Der Operateur und sein Team kennen aber ebenso gut wie der Anästhesist die Vorbedingungen, aufgrund derer Lageverände-

rungen, Druck und Zug zu peripheren Nervenschädigungen führen können. Nach dem Prinzip der Eigenverantwortung des unmittelbar Handelnden trägt jeder, der durch seine Einwirkung eine Nervenlähmung verursacht, die Verantwortung für sein Verhalten selbst.

Eine davon unabhängige Verpflichtung des Anästhesisten zur „Verlaufskontrolle“ wäre rechtlich gleichwohl im Sinne einer möglichst umfassenden Sicherung denkbar. Sie scheitert aber doch wohl an den intraoperativen Gegebenheiten. Der Patient ist mit Operationstüchern abgedeckt; das operative Vorgehen liegt deshalb oft außerhalb des Blickfelds des Anästhesisten und außerhalb seiner Einwirkungsmöglichkeit. Zudem würde die Verpflichtung, das operative Vorgehen zu verfolgen, den Anästhesisten von seiner Aufgabe ablenken, das Betäubungsverfahren zu steuern und die Vitalfunktionen zu überwachen.

Kann der Anästhesist die Verlaufskontrolle nicht gewährleisten, so widerspricht es dem Grundsatz der strikten Arbeitsteilung, ihm eine in ihrer Reichweite unklare Mitverantwortung zuzuweisen. Der Vertrauensgrundsatz gilt auch hier. Der Anästhesist darf sich darauf verlassen, daß der Operateur und seine Mitarbeiter das Risiko der Narkoselähmung kennen und von sich aus alles tun, um eine Schädigung des Patienten zu vermeiden. Bemerkt der Anästhesist freilich eine Lageveränderung, die dem Patienten gefährlich werden kann, oder sieht er etwa, daß ein Mitglied des Operationsteams sich auf den Körper oder auf Gliedmaßen des Patienten abstützt, so muß er - notfalls nachdrücklich - darauf hinweisen.

Eine Ausnahme gilt für den „Infusionsarm“. Die Verlaufskontrolle durch den Anästhesisten erscheint hier sowohl nötig wie regelmäßig auch möglich.

Sicher erscheint aufgrund der hier skizzierten Aspekte, daß es bei der Abgrenzung der Aufgaben im Rahmen der Verlaufskontrolle um eine fachliche Frage geht, die nur interdisziplinär geregelt werden kann. Es kann nicht Aufgabe der Rechtsprechung sein, anhand von einzelfallbezogenen Sachverständigengutachten eine generelle Lösung zu finden.

6. Aufgabenverteilung in der postoperativen Phase

Die postoperative Phase erweist sich nach wie vor als risikoträchtig und vor allem in organisatorischer Hinsicht schwierig. Einer der wesentlichen Gefahrenpunkte liegt im Wechsel zwischen der Obhut des Anästhesisten und der Obhut des Operateurs, also im Zeitpunkt der Rückverlegung auf die Betteneinheit.

6.1 Daß Orthopäde und Anästhesist postoperativ für die Erkennung und Behandlung fachspezifischer Komplikationen zuständig sind, bedarf keiner näheren Begründung.

Sehr viel schwieriger ist die Aufgabenverteilung bei der postoperativen Sorge für die Vitalfunktionen. Die Vereinbarung geht davon aus, daß dafür grundsätzlich beide Fachgebiete zuständig sind.

Mit dieser Feststellung allein ist es aber nicht getan. Sie läßt die entscheidende Frage offen, wer denn für die planmäßige Überwachung des Patienten in der unmittelbaren postoperativen Phase zu sorgen hat.

6.2 und 6.3 Die Zuweisung dieser Aufgabe an die Fachabteilung, in deren Obhut und Organisationsbereich der Patient sich (jeweils) befindet, schafft klare und eindeutige Abgrenzungskriterien. Der BGH hat dieses Abgrenzungsprinzip bestätigt. In seinem Entkoppelungsurteil vom 10.01.1984 (VI ZR 158/82) hat er die Verantwortung der operativen Fachabteilung für die Überwachung eines vom Anästhesisten während der Operation gelegten zentralvenösen Katheters nach der Rückverlegung auf die Betteneinheit bejaht⁵⁾.

Die in der Vereinbarung vorgesehene Aufgabenteilung gewährleistet die Sicherheit des Patienten aber nur dann, wenn er in der postoperativen Phase unter ständiger ununterbrochener Überwachung steht. Dazu bedarf es organisatorischer Vorkehrungen. Die Verlegung des Patienten während der Aufwachphase auf die Betteneinheit führt erfahrungsgemäß immer wieder zu schweren, nicht selten tödlichen Zwischenfällen.

Die Einteilung der Organisationseinheiten in Auf-

wachraum, Wachstation und Intensivbehandlungseinheit sowie die Aufgaben- und Kompetenzzuweisung für diese Einheiten folgt dem in der Praxis bewährten Gliederungsschema, das auch die Krankenhausträger als richtig anerkennen⁶⁾.

7. Schlichtung interdisziplinärer Meinungsverschiedenheiten

Die Vereinbarung zwischen den beiden Berufsverbänden gibt Richtlinien für die Lösung von Grundsatzfragen der interdisziplinären Zusammenarbeit. Die paritätische Schlichtungskommission soll darüber hinaus den Beteiligten Hilfen in Konflikten geben. Voraussetzung ist, daß beide Beteiligte diese Hilfe wünschen.

Die Vereinbarung beweist, daß es möglich ist, für schwierige Sachfragen in interdisziplinären Vereinbarungen überzeugende Lösungen zu finden.

⁵⁾ G. Hirsch und W. Weißbauer: Postoperative Verantwortung für ein zentralvenöses Infusionssystem. *Anästh. Intensivmed.* 25 (1984) 309 - 312

⁶⁾ Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern - Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 09.09.1974. *Anästh. Inform.* 16 (1975) 29 - 32