

Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie*

Entschließung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten

Unter dem Begriff „Parallelnarkosen“ sind durch die Rechtsprechung und in der Fachliteratur mehrfach Zulässigkeit und Grenzen der gleichzeitigen Durchführung mehrerer Narkosen durch einen Anästhesisten erörtert worden. Eine erschöpfende Behandlung und abschließende Beurteilung dieses Problemkreises ist aber bisher nicht erfolgt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Fragenkomplex nicht nur Narkosen, sondern grundsätzlich sämtliche Anästhesieverfahren umfaßt.

Bei der Behandlung dieses Themas muß einerseits zwischen der Durchführung von Allgemein- und Regional- bzw. Lokalanästhesien differenziert werden und andererseits zwischen den verschiedenen Formen einer parallelen Durchführung in Abhängigkeit, ob dem verantwortlichen Anästhesisten zur Patientenüberwachung Assistenzpersonal oder in Weiterbildung befindliche Ärzte zur Verfügung stehen, oder ob es sich darum handelt, daß der Operateur neben dem speziellen Eingriff auch die Verantwortung für das Anästhesieverfahren zu übernehmen hat.

Grundsätzlich unterliegt es keinem Zweifel, daß die modernen Anästhesieverfahren einen mit Gefahren verbundenen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten darstellen. Ihre Durchführung ist daher an die ärztliche Approbation gebunden und setzt darüber hinaus eingehende spezielle Kenntnisse und Erfahrungen voraus, die in der ärztlichen Weiterbildungsordnung normiert sind. Anästhesieverfahren können somit nicht an Krankenschwestern und Krankenpfleger oder sonstiges ärztliche Hilfspersonal zur selbständigen und eigenverantwortlichen Durchführung delegiert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß dem Anästhesisten nicht nur die Durchführung des eigentlichen Anästhesieverfahrens obliegt, sondern auch die Überwachung und

Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während des Eingriffes.

1. Die Durchführung von Parallelverfahren durch den Anästhesisten

Diese Feststellungen schließen nicht aus, daß in bestimmten, eng begrenzten Phasen eines Anästhesieverfahrens die Überwachung von Patient und Gerät durch eine speziell unterwiesene bzw. weitergebildete Anästhesiepflegekraft erfolgen kann. Wenn hierdurch die Patientensicherheit nicht beeinträchtigt werden soll, sind dabei die folgenden Kriterien als unabdingbare Voraussetzungen strikt zu beachten:

1.1 Eine Delegation von Überwachungsaufgaben ist nur in unkomplizierten Fällen vertretbar. Der Begriff „unkompliziert“ beinhaltet in diesem Zusammenhang das Fehlen besonderer Risikofaktoren im Hinblick auf den Patienten, den operativen Eingriff oder das Anästhesieverfahren.

1.2 Die mit Überwachungsfunktionen betraute Anästhesiepflegekraft muß über die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen verfügen und darüber hinaus über die besonderen medizinischen Umstände des Einzelfalles ausreichend unterrichtet sein.

1.3 Die Anästhesiepflegekraft darf nicht zugleich mit anderen Aufgaben betraut werden, etwa mit der Vorbereitung einer folgenden Anästhesie; sie muß sich vielmehr mit ihrer vollen Aufmerksamkeit und ohne Unterbrechung der Überwachung von Patient und Gerät widmen können.

* Anästh. Intensivmed. 30 (1989) 56 - 57

1.4 Es ist klarzustellen, daß die Anästhesiepflegekraft im Rahmen ihrer Überwachungsfunktion keinerlei Handlungs- und Entscheidungskompetenz besitzt, abweichend von konkret festgelegten Regeln die Einstellung des Respirators oder die Zufuhr von Narkosegasen bzw. -dämpfen zu verändern, von sich aus intravenöse Narkosemittel, Muskelrelaxantien, Kreislaufmittel u. a. zu geben, ohne hierzu eine ärztliche Entscheidung im Einzelfall herbeigeführt zu haben. Die Anästhesiepflegekraft ist ebenso wenig berechtigt, ohne ausdrückliche ärztliche Anordnung eine Bluttransfusion durchzuführen oder Blutersatzmittel zu verabfolgen.

1.5 Die enge Weisungsabhängigkeit der Anästhesiepflegekraft setzt voraus, daß der für das Anästhesieverfahren verantwortliche Anästhesist sich in unmittelbarer Nähe des Geschehens aufhält und stets verfügbar bleibt, um unverzüglich die Leitung der Narkose übernehmen zu können.

1.6 Während der Einleitung und Ausleitung des Anästhesieverfahrens muß der Anästhesist unmittelbar zugegen sein.

Dieselben Kriterien gelten auch, wenn statt einer Anästhesiepflegekraft ein jüngerer, beaufsichtigungsbedürftiger Arzt das Anästhesieverfahren überwacht, dessen Weiterbildungsstand in Abhängigkeit von dem Schwierigkeitsgrad des Einzelfalles eine selbständige Tätigkeit noch nicht erlaubt.

Die gleichen einschränkenden Bedingungen sind auch auf Regionalanästhesieverfahren anzuwenden, sofern das Verfahren und/oder der spezielle Eingriff erfahrungsgemäß mit einer Beeinträchtigung der vitalen Funktionen einhergehen kann. Dies wird man für die rückenmarksnahen Regionalanästhesien zu bejahen haben, aber z. B. auch für Eingriffe, die in der Regel eine Volumensubstitution erforderlich machen.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß eine generelle Anordnung paralleler Anästhesieverfahren keinesfalls zulässig ist. Die Entscheidung kann nur ad hoc unter Berücksichtigung der aktuellen Situation im Einzelfall - in Abhängigkeit von der Art des Anästhesieverfahrens, der Art und

Schwere des Eingriffs und dem Zustand des Patienten - getroffen werden und nur von demjenigen Anästhesisten, der vor Ort die Verantwortung für die Durchführung der Parallelverfahren zu tragen hat. Unzulässig ist somit auch, im Vorgriff auf eine solche Ad-hoc-Entscheidung das tägliche Operationsprogramm von vornherein so zu gestalten, daß aufgrund der vorhersehbaren Personalsituation der Anästhesieabteilung die Durchführung von Parallelverfahren unterstellt wird.

Aus den gleichen Gründen muß ebenso kategorisch abgelehnt werden, die eng begrenzten Möglichkeiten einer parallelen Durchführung von Anästhesieverfahren zur Grundlage von Personalbedarfsermittlungen zu machen. Der Zwang zur sparsamen Wirtschaftsführung und zu einem rationellen Personaleinsatz darf nicht so weit führen, daß die Patientensicherheit konkret gefährdet wird und höchstrichterliche Grundsatzentscheidungen mißachtet werden.

Darüber hinaus ist gegenüber dem Prinzip der bisher der Personalbedarfsermittlung zugrunde gelegten Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) festzustellen, daß das Prinzip 1 OP-Tisch = 1 Arzt den heutigen Anforderungen der operativen Medizin und zugleich auch denen der Rechtsprechung nicht mehr genügt. Es kommt nicht nur darauf an, daß jeder anästhesiologische Arbeitsplatz mit einem approbierten Arzt besetzt werden kann, sondern darauf, daß es sich um einen ausreichend qualifizierten Arzt handelt, d. h. um einen Arzt mit speziellen Kenntnissen und Erfahrungen in Abhängigkeit vom Schwierigkeitsgrad des Einzelfalles. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muß der ärztliche Anfänger von einem erfahrenen Arzt überwacht werden. Falls dieser zugleich einen andern OP-Tisch zu versorgen hat, wie dies bei der Anwendung der DKG-Anhaltszahlen meist der Fall ist, handelt es sich nach der neuesten höchstrichterlichen Rechtsprechung ebenfalls um ein Parallelverfahren mit den sich daraus ergebenden einschränkenden Konsequenzen. Darüber hinaus gibt es Anästhesieverfahren bzw. operative Eingriffe, deren Schwierigkeitsgrad von vornherein den Einsatz von zwei Anästhesisten erforderlich

macht (z. B. in der Gefäß-, Kardio- und Neurochirurgie). Alle diese besonderen Umstände werden in einer Entschließung des Fachgebietes zur Personalbedarfsermittlung in der Anästhesiologie¹⁾ berücksichtigt, nicht oder nicht ausreichend dagegen bei der gegenwärtigen Praxis der Personalbedarfsermittlung. Gerade diese Tatsache führt häufig zu einer mißbräuchlichen Anwendung von Parallelverfahren, wobei nicht die medizinische Situation, sondern unzulässigerweise der Personalmangel die Veranlassung darstellt.

2. Die Durchführung von Anästhesieverfahren durch den Operateur

Die gleichen Vorbehalte gelten im verstärkten Maße, wenn das Anästhesieverfahren von demjenigen Arzt verantwortlich durchgeführt wird, der zugleich den (diagnostischen oder therapeutischen) Eingriff ausführt. Für Narkosen verbietet sich ein derartiges Parallelverfahren, da die erforderliche Konzentration auf den Eingriff eine angemessene Überwachung von Patient und Gerät nicht zuläßt und der Eingriff in der Regel nicht jederzeit unterbrochen werden kann, um sich nar-kosebedingten Schwierigkeiten zuwenden zu können.

Dasselbe gilt für solche operationsfeldfernen Regionalanästhesieverfahren, die erfahrungsgemäß mit einer Beeinträchtigung der vitalen Funktionen einhergehen können, wie rückenmarksnahe Regionalanästhesien.

Keine Bedenken bestehen dagegen in der Regel gegen die Durchführung von operationsfeldnahen Regional- und lokalen Infiltrationsanästhesien durch den Operateur, wenn dieser über genügende Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie anästhesiebedingter Zwischenfälle verfügt und anästhesiologisch geschultes Assistenzpersonal zur Verfügung steht.

Die Übernahme der Doppelverantwortung für Eingriff und Anästhesieverfahren durch den Operateur stellt - von operationsfeldnahen Regional- und lokalen Infiltrationsanästhesien abgesehen - im stationären und klinikambulanten Bereich

einen unvermeidbaren Anachronismus dar. Aber auch im praxisambulanten Bereich dürfen Kompromisse nicht soweit gehen, daß die Sicherheit des Patienten gefährdet wird, sondern sind nur insoweit vertretbar, wie sie durch die Tatsache gerechtfertigt werden können, daß praxisambulant durchgeführte Eingriffe in der Regel die Vitalfunktionen nicht tangieren und daß es sich um Patienten ohne besondere Risikofaktoren handelt. Davon abgesehen, benötigt das praxisambulante Operieren die gleichen personellen Voraussetzungen wie das klinikambulante. Hieraus folgt, daß auch in der ambulanten Praxis anästhesiologische Parallelverfahren grundsätzlich nur zulässig sind, wenn durch das Anästhesieverfahren oder den operativen Eingriff die Vitalfunktionen nicht gefährdet werden.

¹⁾ Anästh. Intensivmed. 25 (1984) 461 - 463