

Grundsätze zur Organisation der operativen Intensivmedizin*

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Die Intensivmedizin gewinnt für den Anästhesisten zunehmende Bedeutung. Die Ausweitung der operativen Therapie auf immer risikoreichere Eingriffe führt dazu, daß die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während der Operation gegenüber dem eigentlichen Betäubungsverfahren in den Vordergrund tritt. Bei schweren und langdauernden Operationen unterscheiden sich die fachlichen Anforderungen, die intraoperativ an den Anästhesisten bei der Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen zu stellen sind, in nichts von den Anforderungen der postoperativen Intensivbehandlung. Ihnen kann nur derjenige Anästhesist nachkommen, der über eingehende intensivmedizinische Kenntnisse verfügt.

Dementsprechend ist die Intensivbehandlung ein unverzichtbarer, eminent wichtiger Bestandteil der anästhesiologischen Weiterbildung. Dem trägt die neue ärztliche Weiterbildungsordnung Rechnung, die bekanntlich im Rahmen der 4jährigen Mindestweiterbildungszeit eine wenigstens 6monatige ganztägige Tätigkeit in der Intensivmedizin vorschreibt¹⁾.

Auch die DGAI hat sich aus dieser Veranlassung eingehend mit Fragen der Weiterbildung in der Intensivmedizin befaßt und hierzu die nachfolgend wiedergegebene Stellungnahme erarbeitet.

1. Die operative Intensivmedizin ist ein essentieller Bestandteil der Anästhesiologie. Der Anästhesist muß über umfassende intensivmedizinische Kenntnisse und Erfahrungen verfügen, um präoperativ die Operationsfähigkeit des Patienten beurteilen sowie intra- und postoperativ die anästhesiologische Patientenversorgung fachgerecht gewährleisten zu können. Bei besonders gefährdeten Patienten sind bereits präoperativ Maßnahmen zur Stabilisierung der vitalen Funktionen erforderlich. Diese Behandlung setzt sich intraoperativ fort und kann insbesondere bei

langdauernden, eingreifenden Operationen die Erfordernisse des Betäubungsverfahrens an Wertigkeit übertreffen. Sie mündet schließlich in die Notwendigkeit der postoperativen Intensivtherapie ein. Die Ausweitung der operativen Medizin auf neue Indikationsbereiche sowie auf extreme Risikogruppen und die damit verbundene Vertiefung wissenschaftlicher Erkenntnisse über pathophysiologische Grundlagen sowie Einführung verfeinerter diagnostischer und therapeutischer Methoden erfordern vom Anästhesisten eine besonders eingehende und langfristige Beschäftigung mit intensivmedizinischen Problemen unter Berücksichtigung aller operativen Disziplinen.

2. Die ärztliche Weiterbildungsordnung trägt diesen Notwendigkeiten Rechnung, indem sie als Voraussetzung für die Anerkennung als Arzt für Anästhesiologie eine mindestens 6monatige ganztägige intensivmedizinische Tätigkeit vorschreibt¹⁾.

3. Um die erforderliche Kontinuität der intensivmedizinischen Versorgung operativer Patienten sicherzustellen, aber auch um den Weiterbildungsverpflichtungen nachzukommen, muß dem leitenden Anästhesisten eines Klinikums die ärztlich-organisatorische Leistung einer interdisziplinären operativen Intensiveinheit obliegen. Einem angehenden Anästhesisten können die durch die Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung vorgeschriebenen umfassenden intensivmedizinischen Kenntnisse und Erfahrungen schon deshalb nicht auf einer fachgebundenen Intensiveinheit durch einen operativen Gebietsarzt vermittelt werden, weil das Spektrum einer

* Anästh. Intensivmed. 31 (1990) 25 - 26

¹⁾ Mittlerweile 12 Monate innerhalb der 5jährigen Weiterbildungszeit (die Red.)

solchen Einheit auf ein operatives Gebiet oder Teilgebiet beschränkt und damit für den Anästhesisten zu schmal ist, der die gesamte operative Intensivmedizin beherrschen muß.

4. Die Zusammenarbeit zwischen Operateur und Anästhesist auf der interdisziplinären operativen Intensiveinheit erfolgt nach den gleichen bewährten Prinzipien wie im Operationsaal: Der Operateur ist für die Behandlung des Grundleidens, der Anästhesist für die Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der vitalen Funktionen zuständig und verantwortlich. Rechtlich beruht diese interdisziplinäre Kooperation auf dem Prinzip der Aufgabenteilung und auf dem Vertrauensgrundsatz. Auch die interdisziplinären Vereinbarungen sowie die „Richtlinien zur Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft²⁾ legen dieses Kooperationsprinzip zugrunde.

5. Die ärztliche Leitung interdisziplinärer Intensiveinheiten muß langfristig in der Hand eines erfahrenen Anästhesisten liegen, um die Qualität der Intensivbehandlung der Patienten der verschiedenen operativen Fachdisziplinen sicherzustellen. Ihm obliegt neben der Verantwortung für die Krankenversorgung die intensivmedizinische Weiterbildung rotierender nachgeordneter Ärzte; an den Universitätskliniken nimmt er darüber hinaus Aufgaben der Lehre und Forschung in der Intensivmedizin wahr.

6. Bestehen neben einer interdisziplinären operativen Intensiveinheit unter anästhesiologischer Leitung fachgebundene operative Intensiveinheiten unter der Leitung des jeweiligen operativen Fachvertreters, so trägt in der Regel dieser die Verantwortung sowohl für die Behandlung des Grundleidens als auch für die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen. Dies schließt die Hinzuziehung des Anästhesisten als Konsiliariums im Einzelfall nicht aus.

Soll der Anästhesist dagegen auf einer fachgebundenen Einheit in der gleichen Weise wie auf interdisziplinären Einheiten intensivmedizinische

Aufgaben regelmäßig übernehmen, so erfolgt die Arbeitsteilung zwischen dem operativen Fachvertreter und ihm nach den gleichen Regeln wie bei der intraoperativen Zusammenarbeit. Der Anästhesist vertritt sein Fachgebiet hierbei selbständig und eigenverantwortlich; dies schließt eine fachliche Weisungsabhängigkeit gegenüber dem ärztlichen Leiter der fachgebundenen Intensiveinheit aus. Es empfiehlt sich, die Zusammenarbeit unter Beachtung des Prinzips der Gleichberechtigung der beiden ärztlichen Partner und unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten durch eine Vereinbarung einvernehmlich zu regeln und diese dem Krankenhausträger zur Kenntnis zu bringen.

7. Gelegentlich wird unter Hinweis auf Beispiele in anderen Ländern diskutiert, die Intensivmedizin solle zu einer eigenständigen Disziplin entwickelt werden. Solchen Tendenzen ist jedoch mit Entschiedenheit zu widersprechen. Mit einer Verselbständigung würde der interdisziplinäre Charakter der operativen Intensivmedizin sowie ihre enge Verknüpfung mit der Anästhesiologie und den operativen Fachgebieten in Frage gestellt. Darüber hinaus ist es kaum vorstellbar, daß ein „Gebietsarzt für Intensivmedizin“ sämtliche Bereiche von der operativen über die internistische bis zur pädiatrischen und neonatologischen Intensivmedizin beherrschen könnte. Die Anforderungen an die Intensivmedizin mit ihren Teilbereichen setzen eine fortbestehende enge Verbindung mit ihren Mutterdisziplinen voraus. Hieraus ergibt sich zugleich, daß kein Fachgebiet einen Ausschließlichkeitsanspruch auf die Intensivmedizin erheben kann.

²⁾ Das Krankenhaus 66 (1974) 457 - 460