

## Kommentar

### zur Vereinbarung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen\*

W. Weißauer

Die Vereinbarung 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 die stationäre.

Die ambulante Durchführung erfordert neben der Prüfung, ob der Eingriff *hic 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>1</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.

### 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

\* Anästh. Intensivmed. 47 (2006) 52 - 53

Anästhesisten ambulant durchgeführt wird. Der Operateur übernimmt, wenn er sich entgegen den 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 Vitalfunktionen 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 Betäubungsverfahrens 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 Entschließung 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.

