

Kommentar

zur Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen*

W. Weißauer

Die Anerkennung der Anästhesiologie als selbständiges Fachgebiet setzte neue Maßstäbe für eine interdisziplinäre Kooperation. Operateur und Anästhesist erfüllen bei ihrer prä-, intra- und postoperativen Zusammenarbeit sowie bei der Versorgung des Patienten auf interdisziplinären Intensivseinheiten eine gemeinsame Aufgabe in enger wechselseitiger Abhängigkeit ihrer fachspezifischen Leistungen. Die Belastungen des Organismus durch den speziellen Eingriff und durch das Betäubungsverfahren können sich potenzieren. Selbst kleine Koordinationsmängel und Verständigungsfehler bei der Zusammenarbeit am Operationstisch und auf den Intensivseinheiten können das Behandlungsrisiko signifikant erhöhen.

Bereits 1964, also gut zehn Jahre nach der Anerkennung der Anästhesie als selbständiges Fachgebiet, haben sich die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie nach einer eingehenden Diskussion der medizinischen und juristischen Kooperationsprobleme in den „Richtlinien für die Stellung des leitenden Anästhesisten“ über die Grundlagen ihrer Zusammenarbeit geeinigt. Der Grundsatz der strikten Arbeitsteilung und der Vertrauensgrundsatz, die den „Richtlinien“ zugrunde liegen, haben sich als tragfähig erwiesen. Sie sind inzwischen durch die höchstrichterliche Rechtsprechung (Urteile des BGH vom 16.10.1979, NJW 1980, 650, vgl. Weißauer, Anästh. Intensivmed. 4/1980, 97) bestätigt worden.

Einen weiteren bedeutsamen Schritt in Richtung auf eine interdisziplinäre Einigung über Grundsatzfragen haben der Berufsverband der Deutschen Chirurgen und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten 1970 mit der Vereinbarung über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin getan. Diese Vereinbarung stellt u. a. klar, daß die Verlegung des Patienten auf eine interdisziplinäre

Intensivseinheit, die unter der Leitung des Anästhesisten steht, die Zuständigkeit des Chirurgen für die Behandlung des Grundleidens unberührt läßt. In einer „Gemeinsamen Stellungnahme“ haben die beiden Berufsverbände 1975 ihre übereinstimmenden Vorstellungen zur Einrichtung zentraler Anästhesieabteilungen, zur Doppelverantwortung des Operateurs ohne Fachanästhesisten und zur Fortbildung der Chirurgen auf dem Gebiet der Anästhesie festgelegt.

Sowohl der Vereinbarung der Berufsverbände als auch der Gemeinsamen Stellungnahme, deren Grundsätze inzwischen allgemein anerkannt sind, haben sich die wissenschaftlichen Gesellschaften angeschlossen.

Die zwischen den Berufsverbänden beider Fachgebiete abgeschlossene neue Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung basiert auf den Prinzipien der bestehenden Abkommen und stellt, um dies zu betonen, den Grundsatz der strikten Arbeitsteilung und den Vertrauensgrundsatz den Leitsätzen voran. Die „Leitsätze“ sollen die in der Präambel erwähnten Vereinbarungen nicht aufheben oder ersetzen, sondern sie überall dort konkretisieren und differenzieren, wo sich in der Zusammenarbeit Meinungsverschiedenheiten und Reibungspunkte ergeben haben.

Die Entscheidung über die Durchführung des Eingriffs

Von zentraler, alle Einzelprobleme überragenden Bedeutung ist die Frage, wie zu verfahren ist, wenn der Chirurg sich für die Operation entscheidet und einen nahen Operationstermin festlegt, der Anästhesist aber aus der Sicht seines Fachgebietes gegen den Eingriff oder gegen den Operationstermin Bedenken zu erheben hat. Das

* Anästh. Intensivmed. 23 (1982) 406 - 409

in Nr. 1.1 der Leitsätze zugrundeliegende Konzept erkennt dem Chirurgen eine „Kompetenz-Kompetenz“ für die Abwägung der den mitgeteilten Eingriff hic et nunc indizierenden und der ihm vom Anästhesisten mitgeteilten kontraindizierenden Faktoren zu. Dieses Konzept ist nicht neu (so schon Weißbauer in „Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anästhesist und Operateur“, Der Anaesthesist 11/1962, 239, und „Rechtsfragen zwischen Chirurgie und Anästhesie“, Anästh. Inform. 4/1972, 132 - 137, Chirurg 43, 1972). Seine Anerkennung entspricht zwingenden praktischen Bedürfnissen. Soll die Patientenversorgung nicht zum Stillstand kommen, so muß bei einer anders nicht lösbaren Kollision fachlicher Bedürfnisse einem der beiden Fachvertreter die Befugnis zu ihrer Abwägung und Gewichtung zuerkannt werden. Der Chirurg hat regelmäßig die älteren und engeren Beziehungen zum Patienten. Bei ihm liegt die verantwortliche Entscheidung, ob und wie der Patient behandelt werden soll. Kontraindikationen, die ihm der Anästhesist aus seiner Sicht mitteilt, treten zu den spezifischen kontraindizierenden Faktoren hinzu, die der Chirurg bereits aus der unmittelbaren Sicht seines Fachgebietes in Erwägung zu ziehen hat. Es sprechen somit die überwiegenden Gründe dafür, ihm auch die Gesamtabwägung zu überlassen.

Notwendige Folge einer solchen Kompetenz ist die ärztliche und rechtliche Verantwortung des Chirurgen, die ihm obliegende Abwägung mit der gebotenen Sorgfalt vorzunehmen, also sich nicht etwa im Interesse der Beschleunigung und Rationalisierung des Behandlungsablaufs über die ihm vom Anästhesisten mitgeteilten Bedenken hinwegzusetzen und damit die Zusammenarbeit auf der Basis des Vertrauensgrundsatzes zu gefährden.

Entscheidet sich der Operateur nach sorgfältiger Prüfung und Abwägung der vom Anästhesisten mitgeteilten Bedenken für den Eingriff, so muß der Anästhesist bei der Planung, Vorbereitung und Durchführung des Betäubungsverfahrens sowie bei der intraoperativen Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen alles tun, um trotz des erkennbaren erhöhten Risikos den Operationserfolg zu ermöglichen. Die Verantwortung des Chirurgen für die Entscheidung, ob der

Eingriff durchgeführt werden soll, entbindet den Anästhesisten nicht von seiner Verpflichtung, für die unter den gegebenen Umständen bestmögliche anästhesiologische Betreuung zu sorgen.

Dem Anästhesisten ausreichend Zeit für Voruntersuchungen lassen

Unwirtschaftliche und den Patienten belastende Doppeluntersuchungen, Lücken in den Voruntersuchungen sowie Zeitverlust durch die Notwendigkeit, Untersuchungen nachzuholen und dazu die Operation zu verschieben, lassen sich nur dann vermeiden, wenn Chirurg und Anästhesist ihre Untersuchungsprogramme aufeinander abstimmen. Dies erweist sich in der Praxis oft als schwierig: Weder gibt es allgemeinverbindliche Regeln über Art und Umfang der erforderlichen Untersuchungen in den beteiligten Fachgebieten, noch können solche Regeln wegen der Notwendigkeit, die individuellen Umstände jedes Einzelfalles zu berücksichtigen, eindeutige Kriterien für eine nahtlose Abgrenzung der Untersuchungsprogramme geben. Gleichwohl sollte es Chirurgen und Anästhesisten auf der Grundlage ihrer täglichen Zusammenarbeit in den einzelnen Häusern und der hier vorgegebenen konkreten Verhältnisse möglich sein, sich darüber zu verständigen, welche Basisprogramme aus der Sicht ihrer Fachgebiete vor jedem Eingriff durchgeführt werden sollen. Für ergänzende Untersuchungen, vor allem aber auch für die Unterrichtung des Chirurgen über etwaige Bedenken aus anästhesiologischer Sicht gegen den Eingriff zum vorgesehenen Zeitpunkt, braucht der Anästhesist Zeit. Es ist eines der Grundanliegen der Vereinbarung, dazu beizutragen, daß der Anästhesist seine Untersuchungen rechtzeitig durchführen kann.

Die Vereinbarung betont in Ziffer 1.3, daß es dann andererseits aber auch Aufgabe des Anästhesisten ist, von der gebotenen Möglichkeit Gebrauch zu machen, um Verzögerungen des Operationsprogramms zu vermeiden.

Aufklärung des Patienten durch Chirurg und Anästhesist

Im Rahmen der strikten Arbeitsteilung ist es

Aufgabe der beiden Fachvertreter, den Patienten jeweils über den Teil des operativen Gesamtgeschehens aufzuklären, der sein Aufgabengebiet betrifft. Abgrenzungsprobleme ergeben sich freilich bei den Risiken im Bereich der Vitalfunktionen, weil sowohl der spezielle Eingriff als auch das Betäubungsverfahren auf den Organismus einwirken. Für eine Aufklärung durch den Chirurgen über diese Risiken spricht, daß er bei seiner Entscheidung nicht nur die Komplikationsmöglichkeiten des speziellen Eingriffs, sondern auch die operative Gesamtbelastung des Patienten in Rechnung stellen muß. Andererseits trägt der Anästhesist während des Eingriffs die Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und hat gerade auch die hier erkennbaren Risikofaktoren in seine Voruntersuchung (und in eine Vorbehandlung) einzubeziehen.

Als Lösung empfiehlt sich auch hier eine Aufgabenteilung. Der Chirurg sollte in seine Aufklärung die operative Gesamtbelastung der Vitalfunktionen in großen Zügen einbeziehen. Dagegen sollte der Anästhesist mit dem Patienten die konkreten Gefahren besprechen, die sich im Hinblick auf das Betäubungsverfahren und die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen, aus Vor- und Begleitkrankheiten, einem reduzierten Allgemeinzustand oder einem hohen Lebensalter ergeben.

Die vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten empfohlenen Aufklärungs- und Anamnesebögen gehen diesen Weg. Die Fragen der Vor- und Begleitkrankheiten sind bewußt zugleich als Risikohinweise ausgestaltet. Der Patient wird damit jedenfalls soweit informiert, daß er weiterführende Fragen nach der Bedeutung der ihn betreffenden Risikofaktoren für das allgemeine operative Risiko stellen kann.

Die für Risikofälle empfohlene gemeinsame Aufklärung des Patienten durch Chirurg und Anästhesist ist geeignet, dem Patienten ein einheitliches Bild von den Erfolgsaussichten des Eingriffs sowie von seinen speziellen und allgemeinen Risiken zu vermitteln. Daß der Chirurg bei seiner Entscheidung und beim Aufklärungsgespräch die Heilungschancen in den Vordergrund stellt, der Anästhesist dagegen mehr das Risiko des Betäubungsverfahrens und die Ge-

fahren für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen bewertet, liegt in der Natur der intraoperativen Aufgabenverteilung. Der Patient sollte bei dem Aufklärungsgespräch nicht durch die Betonung dieser unterschiedlichen Aspekte und durch die Erörterung divergierender Auffassungen über die Operationsindikation verunsichert werden.

Wechselseitige Rücksichtnahme bei Methodenfreiheit

Der Anästhesist trägt die ärztliche und rechtliche Verantwortung für das Betäubungsverfahren. Dies setzt voraus, daß die Entscheidung über die anästhesiologische Voruntersuchung und eine etwaige Vorbehandlung, die Wahl des Betäubungsverfahrens, der Anästhetika und der Anästhesieadjuvantien, die Durchführung der Anästhesie, die Zwischenfallstherapie und die anästhesiologische Nachbehandlung in seiner Hand liegen.

Stehen mehrere Anästhesieverfahren zur Wahl, so kann sich der Anästhesist im Rahmen der von der Rechtsprechung anerkannten Methodenfreiheit für das Verfahren entscheiden, dem er nach seinen individuellen Erfahrungen den Vorzug gibt. Wegen der Akzessorität des Betäubungsverfahrens steht ihm die Wahl aber nur zwischen den Verfahren offen, die sich voll für den Eingriff und für das vom Operateur beabsichtigte Vorgehen eignen (vgl. dazu im einzelnen W. Weißbauer, „Wer entscheidet über die Wahl des Betäubungsverfahrens?“, *Anästh. Inform.* 12 (1971), 8 - 11). Erschwert die vom Chirurgen gewählte Operationsmethode dem Anästhesisten die Durchführung des Betäubungsverfahrens oder die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen, so hat er ihn darauf hinzuweisen. Bleibt der Chirurg bei dem geplanten Vorgehen, weil nach seiner Auffassung die Vorteile der von ihm gewählten Methode überwiegen, so hat der Anästhesist seine Entscheidung im Rahmen des Vertrauensgrundsatzes zu respektieren. Niemals sollten Chirurg und Anästhesist aber auf einer einmal getroffenen Entscheidung verharren, um dadurch ihre fachliche Kompetenz zu demonstrieren. Wo eine echte freie Wahl bleibt, sollte sie stets auch unter Rücksichtnahme auf die indivi-

duellen Wünsche und Vorstellungen des Partners der Zusammenarbeit getroffen werden.

Aufgabenzuweisung durch den Krankenhausträger

Klar zu trennen von den Aspekten der Kompetenzverteilung zwischen Chirurg und Anästhesist im Rahmen ihrer Zusammenarbeit ist die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen der Chirurg den Anästhesisten zuziehen muß. Dies ist kein Problem der Fachgebietsgrenzen. Der Operateur, der ein Betäubungsverfahren selbst durchführt, obwohl ein Anästhesist verfügbar ist, muß sich aber hinsichtlich seiner Qualifikation an dem für den Anästhesisten geltenden Leistungsstandard messen lassen (vgl. Hirsch/Weißbauer, Anästh. Intensivmed. 23 (1982) 34) und nach einem Zwischenfall dartun, warum er die Doppelverantwortung für den Eingriff und das Betäubungsverfahren übernommen hat.

Im Regelfall trifft freilich der Krankenhausträger kraft seiner Organisationsgewalt schon bei der Einrichtung einer Anästhesieabteilung eine Grundsatzentscheidung dahin, daß er dem leitenden Anästhesisten die Verantwortung für die Anästhesie im gesamten stationären Bereich überträgt. Soweit im Hinblick auf die personelle Besetzung der Anästhesieabteilung Ausnahmen vorgesehen werden, betreffen sie fast nie die Chirurgie, sondern die Versorgung des Kreislaufes oder von Belegabteilungen.

Auch ohne eine ausdrückliche Absprache wird Einigkeit zwischen Chirurg und Anästhesist darüber bestehen, daß der Chirurg die in Nr. 2.3 der Vereinbarung erwähnten operationsfeldnahen Infiltrations- und kleinen Regionalanästhesien in der Regel selbst durchführt. Er trägt damit in diesem Bereich auch die volle Verantwortung für die Voruntersuchung, die Wahl des Verfahrens und für die intraoperative Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen. Kommt es zu Komplikationen, so ist der Anästhesist gleichwohl verpflichtet, im Rahmen seiner fachlichen Kompetenz an der Zwischenfallstherapie mitzuwirken. Nur ausnahmsweise und aufgrund spezieller Absprachen wird dagegen von vornherein der Anästhesist die Überwachung und die Sorge für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen bei Eingriffen über-

nehmen, bei denen der Operateur die Anästhesie selbst durchführt. In Betracht kommen wird das „Stand-by“ insbesondere bei Risikopatienten, bei denen die operationsfeldnahe Infiltrationsanästhesie in Absprache zwischen Chirurg und Anästhesist gewählt wird, weil sie den Patienten am wenigsten belastet.

Dies setzt ebenso eine Voruntersuchung durch den Anästhesisten voraus, wie wenn dieser das Betäubungsverfahren durchführen würde, da sonst die Übernahme der Verantwortung für die Überwachung der Vitalfunktion für ihn unzumutbar wäre.

Vereinbaren Anästhesist und Chirurg eine generelle Übernahme anästhesiologischer Leistungen durch den Chirurgen, die über die in Nr. 2.3 der „Leitsätze“ aufgezeigte Routineabgrenzung hinausgeht, so sollten sie dies dem Krankenhausträger mitteilen. Bei einem Zwischenfall könnte der Krankenhausträger andernfalls den Vorwurf erheben, der Chirurg habe den ihm durch Organisationsakt des Krankenhausträgers zugewiesenen Aufgabenbereich überschritten und der Anästhesist eine ihm übertragene Aufgabe nicht erfüllt. Sind anästhesiologische Risiken erkennbar, so empfiehlt es sich für den Chirurgen, den Anästhesisten auch bei Entscheidungen zuzuziehen, die er nach der in Nr. 2.3 der Leitsätze skizzierten Routineabgrenzung im allgemeinen selbst trifft.

Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch miteinander absprechen

Die Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch richtet sich primär nach den Bedürfnissen des vom Chirurgen beabsichtigten operativen Vorgehens. Sie kann jedoch dem Anästhesisten die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen erschweren und die spezifischen anästhesiologischen Eingriffsgefahren, insbesondere das Risiko der peripheren Narkoselähmung, erhöhen. Andererseits kann ein für das operative Vorgehen ungünstiges Anästhesieverfahren die Sicherheit der Operation beeinträchtigen. Deswegen sollten Chirurg und Anästhesist genauso wie bei der Entscheidung über die Operationsindikation auch bei der Entscheidung über die

Lagerung des Patienten die gegenseitigen Bedenken in Rechnung stellen. Chirurg und Anästhesist dürfen sich im Rahmen des Vertrauensgrundsatzes darauf verlassen, daß der jeweils andere Partner dabei mit der gebotenen Sorgfalt verfährt. Der Chirurg trägt die ärztliche und rechtliche Verantwortung dafür, daß die mit der von ihm gewünschten Lagerung verbundene Risikohöherung im anästhesiologischen Bereich sachlich gerechtfertigt ist. Der Anästhesist hat rechtlich dafür einzustehen, daß er innerhalb seines intraoperativen Aufgabenbereichs alles tut, um den aus der Lagerung drohenden spezifischen Risiken - soweit möglich - durch besondere Vorsichtsmaßnahmen Rechnung zu tragen. Wegen dieser engen Wechselwirkung kann deshalb nicht a priori, sondern erst nach gründlicher Prüfung der konkreten Umstände festgestellt werden, welchem der beiden Partner ein „Lagerungsschaden“ zuzurechnen ist und ob es sich nicht um einen Zwischenfall handelt, der trotz Beachtung der erforderlichen Sorgfalt beider Beteiligten nicht zu vermeiden war.

Notfälle bei Planung des Operationsprogramms in Rechnung stellen

Die Beibehaltung alter Stellenpläne trotz der Fortschritte der Medizin und der Entwicklung neuer, arbeitsintensiver diagnostischer und therapeutischer Methoden führt notwendigerweise zu einer zunehmenden Überlastung der chirurgischen und anästhesiologischen Abteilungen. Auf Übermüdung beruhende Konzentrationsschwächen gefährden den Patienten. Kommt es zu einem Zwischenfall, so müssen sich Chirurg und Anästhesist auch dafür verantworten, ob es nicht möglich gewesen wäre, den Ablauf des Operationsprogramms anders zu organisieren. In den Nummern 4.2 und 4.3 weisen die Leitsätze auf die Notwendigkeit der Koordinierung der Arbeitsabläufe hin und erinnern in Nr. 4.3 daran, daß schon bei der Planung des Operationsprogramms die zusätzliche Belastung durch die Versorgung der Notfälle in Rechnung gestellt werden sollte. Geschieht dies nicht und wird die volle Arbeitskapazität von vornherein für die geplanten Eingriffe ausgeschöpft, so bedeutet die Versorgung der Notfälle zwangsläufig eine permanente physi-

sche und psychische Überlastung von Chirurgen und Anästhesisten.

Postoperative Überwachung nur in Aufwacheinheiten ausreichend gewährleistet

Obwohl im Prinzip seit langem Einigkeit zwischen den Fachgebieten über die Abgrenzung der Verantwortungsbereiche in der postoperativen Phase besteht, ergeben sich in der praktischen Zusammenarbeit immer wieder Schwierigkeiten, weil in einem großen Teil der Krankenhäuser die baulichen und personellen Voraussetzungen für eine ausreichende Überwachung der Patienten in der unmittelbaren postoperativen Phase fehlen. Schwerste, nicht selten tödliche Zwischenfälle in der unmittelbaren postoperativen Phase zeigen, daß der Patient nach der Ausleitung der Narkose einer ständigen ununterbrochenen Überwachung durch geschultes Personal bedarf, bis er wieder ansprechbar ist, über die Schutzreflexe verfügt und mit unmittelbaren Nachwirkungen des Betäubungsverfahrens (Rückfall in die Narkose) nicht mehr zu rechnen ist.

Gewährleistet werden kann diese Überwachung nur in postoperativen Aufwacheinheiten, in denen der Patient unter Aufsicht und Überwachung des Anästhesisten und des Anästhesiepersonals bis zur Rückverlegung auf die Betteneinheit verbleibt. Die Alternative, daß der Patient in der Aufwachphase auf die chirurgische Krankenstation zurückverlegt und dort überwacht wird, ist eine Notlösung. Sie bürdet dem Chirurgen eine Verantwortung auf, die er im Hinblick auf die personelle Besetzung seiner Abteilung nur schwer übernehmen kann. Die Erfahrungen mit den bisher geschlossenen drei Vereinbarungen berechtigen zu der Hoffnung, daß auch die neuen „Leitsätze“ wieder dazu beitragen, eine möglichst rationelle, aber von bestem kollegialem Geist getragene Zusammenarbeit im Interesse der Patienten zu gewährleisten.

