

BDAktuell / DGAIInfo

Erneute gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) zu **Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie („Münsteraner Erklärung II 2007“)**

Der Versuch der Einbindung nicht-ärztlicher Assistenten insbesondere in der Anästhesie haben die Präsidien von BDA und DGAI erneut veranlasst, sich in einer Klausurtagung am 27. und 28.02.2007 in Münster unter Beteiligung namhafter Experten des Fachgebietes, von Mitgliedern der Präsidien der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, ausgewiesener Experten des Medizinrechts aus der Lehre, vom Bundesgerichtshof und der Rechtsanwaltschaft, des Vorstandes der Bundesärztekammer, des Verbandes der Universitätsklinika, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Pflege mit dem Thema der „Delegation ärztlicher Leistungen insbesondere in der Anästhesiologie – Perspektiven und Konsequenzen: Entlastung oder Entlassung?“ auseinanderzusetzen.

In Bestätigung des Expertenseminars vom 20.10.2004, das in die „Münsteraner Erklärung I“ mündete, lassen sich die Ergebnisse dieser Klausurtagung in zehn Punkten zusammenfassen:

1. Aus fachlicher Sicht gibt es auch weiterhin keinen Zweifel, dass die Anästhesieführung während ihres gesamten Verlaufs eine ärztlich-änesthesiologische Leistung ist und nach Facharztstandard erbracht werden muss. Der Anästhesist hat die Vitalfunktionen und die Homöostase des Patienten zu steuern und zu sichern, die in einem komplexen Zusammenspiel zwischen den Erfordernissen des Anästhesieverfahrens und den Anforderungen des operativen Eingriffs wie denen des Operateurs beeinträchtigt oder gefährdet sind. Die Sicherheit des betäubten, seiner Schutzreflexe beraubten sowie meist relaxierten und beatmeten Patienten erlaubt dabei keine Kompromisse.
2. Die Anästhesieführung ist ein unablässiger, aktiv-interaktiver Prozess. Sie lässt sich keineswegs auf „passive“ Überwachung, auf Beobachtung von Monitoren und die Dosierung von Pharmaka in vorgegebenen Behandlungsplänen reduzieren. Gerade die permanente Interaktion zwischen Anästhesist und Operateur unter Berücksichtigung des aktuellen Zustandes des Patienten ergibt einen nicht vorhersehbaren und von vornherein festzulegenden Behandlungsverlauf, in dem in nicht planbaren Zeitintervallen vom Anästhesisten Diagnosen gestellt werden und daraus abgeleitet therapeutische Maßnahmen zu ergreifen und zu evaluieren sind. Die Beherrschung dieser Prozesskette setzt umfangreiche theoretisch-wissenschaftliche Kenntnisse und hinreichende praktische Erfahrung voraus, die in keinen in Deutschland angebotenen staatlichen oder hausinternen Aus- und Weiterbildungsgängen für nicht-ärztliches Assistenzpersonal vermittelt werden.
3. Die rechtliche Diskussion hat nicht nur den bekannten Grundsatz bestätigt, dass Diagnose und therapeutische Entscheidungen ausschließlich dem approbierten Arzt vorbehalten sind. Sie hat auch eindeutig ergeben, dass die Anästhesieführung wegen ihrer besonderen Gefährlichkeit als Ausübung der Heilkunde nur dem approbierten Arzt und unter Beachtung des Facharztstandards dem Anästhesisten vorbehalten ist, so dass mit deren Durchführung nicht-ärztliches Personal – z. B. ein „Medizinisch technischer Assistent für Anästhesiologie (MAfA)“ – keinesfalls beauftragt werden darf.
4. Nach der rechtlichen Kompetenzverteilung obliegt es dem Fachgebiet, im Rahmen des von ihm festzulegenden Leistungs- und Sorgfaltsstandards unter Beachtung des dem Patienten im stationären wie ambulanten Bereich zu jedem Zeitpunkt geschuldeten Facharztstandards, die

* Verabschiedet vom Präsidium des BDA am 09.03.2007 (Dresden) und dem Erweiterten Präsidium der DGAI am 15.03.2007 (Frankfurt). ▶

- ▶ fachlichen Grenzen der Einbeziehung nicht-ärztlicher Assistenz in die anästhesiologische Versorgung verbindlich zu bestimmen. Diese Aufgabe haben BDA und DGAI unter Beachtung der gesetzlichen Grenzen und der Rechtsprechung in der unten genannten EntschlieÙung erfüllt. Das Ergebnis der aktuellen Diskussion auf der Klausurtagung ist eindeutig: Es gibt auch heute keinen fachlichen und rechtlichen Grund, der ein Abweichen von den dargelegten Grundsätzen erlaubt.
- 5. BDA und DGAI fordern eine Entlastung des Anästhesisten von nicht fachspezifischen Tätigkeiten, etwa im Bereich der Dokumentation oder Codierung. Es ist fachlich und ökonomisch unsinnig, ärztliche Leistungen auf nicht-ärztliches Personal übertragen zu wollen, gleichzeitig aber den Arzt mit Verwaltungstätigkeiten zu blockieren.
- 6. Die Ärztekammern haben zu prüfen, ob nach Inhalt und Zweck der Weiterbildung eine Weiterbildungsbefugnis demjenigen erteilt werden darf, der in der Weiterbildungsstätte eine den fachlichen Standards nicht entsprechende anästhesiologische Versorgung betreibt.
- 7. Nach dem Grundsatz der Arbeitsteilung, ergänzt durch den Vertrauensgrundsatz, erlaubt die Zusammenarbeit mit dem Anästhesisten dem Operateur im Operationssaal, sich fachlich und rechtlich auf seine Tätigkeit zu konzentrieren. Findet der Operateur aber eine Organisation der anästhesiologischen Versorgung vor, die erkennbar nicht den Sorgfaltsregeln des Fachgebietes entspricht, so ist der Vertrauensgrundsatz in Frage gestellt.
- 8. Klinikdirektoren werden im Rahmen der Krankenhausfinanzierung Rechenschaft ablegen müssen, wenn kalkulierte ärztliche Leistungen unter Missachtung der fachlichen und rechtlichen Grenzen der Delegation geplant von nicht-ärztlichem Personal erbracht und abgerechnet werden.
- 9. Nachdrücklich warnen BDA und DGAI noch einmal die für die Organisation der Patientenversorgung im Krankenhaus wie in der ambulanten Versorgung Verantwortlichen vor einem, die fachlichen und rechtlichen Grenzen überschreitenden Einsatz nicht-ärztlicher Assistenzkräfte, insbesondere wegen des zivil- und strafrechtlich drohenden Vorwurfs des Organisationsverschuldens. Im Übrigen setzt sich auch die handelnde, nicht ausreichend qualifizierte Assistenzkraft dem Vorwurf des Übernahmeverschuldens aus, von der Strafbarkeit der Ausübung der Heilkunde ohne Erlaubnis einmal abgesehen.
- 10. Die Klausurtagung hat aus fachlicher, rechtlicher und ökonomischer Sicht in vollem Umfang die EntschlieÙung zu „Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie“ von 1989 und die Münsteraner Erklärung von 2004 bestätigt, auf die verwiesen und die nachstehend noch einmal abgedruckt wird. ■

Anlage 1:

Gemeinsame Stellungnahme des BDA und der DGAI zur Parallelnarkose* („Münsteraner Erklärung I 2004“)

Durch gegenwärtige Bestrebungen, die Befugnisse des Anästhesieassistentenpersonals auszuweiten und dafür besondere Ausbildungsgänge anzubieten, gewinnt die Frage, ob und unter welchen Bedingungen in der Anästhesie Parallelverfahren medizinisch vertretbar und rechtlich zulässig sind, wieder an Aktualität.

Schon 1976 hat Opderbecke (1) aus medizinischer Sicht unabdingbare Voraussetzungen für die Durchführung einer Parallelnarkose aufgestellt. In gleicher Weise hatte Weissauer unter rechtlichen Aspekten ausgeführt, die Anästhesie stelle „ihrer Natur nach einen schwerwiegenden Eingriff dar, der sowohl das theoretische Wissen als auch die praktischen Erfahrungen des Arztes erfordert“ (2), so dass die Narkose dem Pflegepersonal nicht zur selbstständigen und selbstverantwortlichen Vornahme überlassen werden darf. Präsidium und Ausschuss des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten haben auf dieser, inzwischen durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes bestätigten Basis, am 20. September 1988 in Mannheim die EntschlieÙung zu „Zulässigkeit und Grenzen von Parallelverfahren in der Anästhesie“ – nachstehend abgedruckt – verabschiedet (3).

Neue Konzepte in den nicht-ärztlichen Diensten, so der Anästhesietechnische Assistent (ATA) in Pilotprojekten in Frankfurt/Main und Halle/Saale, d. h. die Ausbildung von Anästhesieassistentenpersonal ohne pflegerische Grundausbildung, und der „Medizinische Assistent für Anästhesiologie (MAFA)“ der HELIOS-Kliniken GmbH als speziell anästhesiologisch geschultes Krankenpflegepersonal, haben die Präsidien des BDA und der DGAI veranlasst, eine Ad-hoc-Kommission zu berufen. Diese sollte prüfen, ob fachliche, rechtliche, ökonomische und/oder berufsbildungspolitische Gründe bestehen, die eine Veränderung der EntschlieÙung von 1988 erlauben bzw. notwendig machen. In einem Expertenseminar am 20.10.2004 in Münster wurde dieser Sachverhalt unter Teilnahme namhafter Anästhesisten, Juristen, Haftpflichtversicherer, Vertreter/n der Pflegeberufe und des für die Aus- und Weiterbildung in

* Anästh. Intensivmed. 2005;46:32-34. ▶

► Nordrhein-Westfalen zuständigen Ministeriums sowie Repräsentanten der Bundesärztekammer, des Krankenhausmanagements und der Heliosgruppe diskutiert.

Das Ergebnis des Seminars lässt sich in acht Punkten zusammenfassen:

1. Es gibt klare Hinweise dafür (4, 5, 6), dass die Qualifikation dessen, der das Anästhesieverfahren durchführt und überwacht, mit dem Behandlungserfolg korreliert. Zwischenfälle in der Anästhesie sind selten. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich dann in der Regel um lebensbedrohliche Krisen mit schweren und schwersten Folgen für den Patienten handelt, zwischen deren Erkennen und Beherrschen meist nur wenige Minuten liegen. Diese Umstände stellen besonders hohe Anforderungen an die fachlichen Fähigkeiten und Erfahrungen des das Anästhesieverfahren Durchführenden bzw. Überwachenden sowie an die Organisation einer schnellen und kompetenten Beherrschung eines Zwischenfalls. Angesichts des hohen Risikos für den Patienten ist die Durchführung und Überwachung einer Narkose als Ausübung der Heilkunde grundsätzlich dem Anästhesisten vorbehalten. In mehreren Parallelnarkoseurteilen hat der BGH die rechtlichen Mindestanforderungen festgelegt und die Schlussfolgerung gezogen, dass das Anästhesieverfahren „grundsätzlich nur von einem als Facharzt ausgebildeten Anästhesisten oder – bei einem entsprechend fortgeschrittenen Ausbildungsstand – zumindest unter dessen unmittelbarer Aufsicht von einem anderen Arzt vorgenommen werden darf, wobei Blick- oder Rufkontakt zwischen beiden bestehen muss“ (7). Ausdrücklich betonte der BGH, dass im Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlichen Überlegungen und der Einhaltung des gebotenen Standards letzterem der Vorrang eingeräumt werden müsse. „Die Sicherheit des Patienten“ geht „allen anderen Gesichtspunkten vor“ und darf nicht „etwajen personellen Engpässen geopfert werden“ (8).
2. Schon aus rechtlichen Gründen kann von der Entschließung von 1988 nicht abgerückt werden. Eine routinemäßige Anordnung paralleler Anästhesieverfahren ist deshalb unzulässig. Die Entscheidung, ob und welche Leistungen delegiert werden dürfen, darf nur ad hoc unter Berücksichtigung der aktuellen Situation im Einzelfall, in Abhängigkeit von der Art des Anästhesieverfahrens, der Art und Schwere des Eingriffs, den Örtlichkeiten (Sicht-/Rufkontakt), dem Zustand des Patienten, der Qualifikation der Pflegekraft und nur von demjenigen Anästhesisten getroffen werden, der alle diese Details kennt und vor Ort die Verantwortung für den Ablauf des Anästhesieverfahrens trägt.
3. Ein deutschlandweiter Mangel an Anästhesisten lässt sich nicht feststellen, mag es auch regional aus strukturellen Gründen gelegentlich schwierig sein, Stellen zu besetzen. Doch weder die Berufung auf fehlende Anästhesisten noch auf knappe ökonomische Ressourcen erlauben es, den dem Patienten geschuldeten Facharztstandard zu unterschreiten.
4. Der Zwang zu einer sparsamen Wirtschaftsführung und zur prozessorientierten Betrachtung der Behandlungsabläufe darf nicht so weit gehen, dass das OP-Programm routinemäßig geplante Parallelnarkosen vorsieht. Diese müssen auf Ausnahmen beschränkt bleiben.
5. In aller Deutlichkeit sind die Organisationsverantwortlichen der Krankenhausträger sowie die zur Diensterteilung berufenen Ärzte auf die drohende Haftung aus Organisationsverschulden und die das Anästhesieverfahren bzw. die Überwachung Durchführenden auf die Probleme des Übernahmeverschuldens im Sinn der Parallelnarkoseurteile des Bundesgerichtshofes hinzuweisen.
6. Unstrittig braucht der Anästhesist zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung qualifizierte Assistenz. Vom Fachgebiet ist weder zu entscheiden, ob die Implementierung eines Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) zu diesem Zweck ökonomisch vorteilhaft und berufsbildungspolitisch sinnvoll, noch ob die Weiterqualifizierung von Fachpflegepersonal zu Medizinischen Assistenten für Anästhesie (MAFA) notwendig ist.
7. Die Praxis in anderen Ländern kann nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen werden. Nach den geltenden rechtlichen Grundsätzen der EU bleibt es den Mitgliedsstaaten überlassen zu bestimmen, wer die Heilkunde ausübt. Die Rechtslage in Deutschland hat der Delegation anästhesiologischer Leistungen strikte Grenzen gesetzt.
8. Mit Nachdruck ist auf die nach wie vor gültige Entschließung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten hinzuweisen (3), die genügend Raum gibt für eine verantwortungsvolle, der Patientenversorgung im Einzelfall gerecht werdenden Gestaltung prozessorientierter Behandlungsabläufe, auch wenn sie routinemäßige Parallelnarkosen nicht zulässt.

Literatur

1. Opperbecke H.W.: Die Delegation von Aufgaben an Krankenschwestern und Krankenpfleger, *Anästh Inform* 17, 1976, 31.
2. Weissauer W: Die Problematik der Schwesternnarkose und die Ausbildung von Anästheseschwestern. *Der Anaesthesist* 1963;12:156-61.
3. Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie. Entschließung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. *Anästh Intensivmed* 1989;30:56-7.
4. Silber JH et al. Anesthesiologist direction and patient outcomes. *Anesthesiology* 2000;93:152-63.
5. Silber JH et al. Anesthesiologist board certification and patient outcomes. *Anesthesiology* 2002;96:1044-52.
6. Maaaløe R. Incidents in relation to anaesthesia. PhD thesis. University of Copenhagen, 2000.
7. OLG Zweibrücken, *MedR* 1989, 98; BGH NJW 1983, 1374-8.
8. BGH, NJW 1983, 1375; NJW 1983:1375. ■

Anlage 2:**Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie*
Entschließung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (1989)**

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 ärztlichen 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 Delegierung 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.

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 Volumenssubstitution 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-

* Anästh. Intensivmed. 1989;30:56-57. ▶

► 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 Anhaltzahlen 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-Anhaltzahlen 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 narkosebedingten 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 praxis-ambulante 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. 1984;25:461-463. ■

Anlage 3:

Helios entschärft umstrittenes Konzept

Wegen massiver Bedenken in der Ärzteschaft hat der Klinikkonzern seine Chefärzte angewiesen, Medizinische Assistenten für Anästhesie nur noch nach den Vorgaben der Fachgesellschaft und des Berufsverbands einzusetzen*

Selten hat eine Klausurtagung so unmittelbar Wirkung entfaltet wie die der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) am 27. und 28. Februar in Münster. Das Thema lautete „Delegation ärztlicher Leistungen, insbesondere in der Anästhesiologie – Perspektiven und Konsequenzen: Entlastung oder Entlassung“. Dabei ging es vor allem um das umstrittene MAFa-Konzept der Helios Kliniken GmbH, das auf den planmäßigen Ersatz von Anästhesisten durch speziell qualifizierte Krankenschwestern und Krankenpfleger abzielt (MAFa = Medizinischer Assistent/Medizinische Assistentin für Anästhesie). Schnell wurde deutlich, dass DGAI und BDA diese sogenannten Parallelnarkosen ebenso strikt ablehnen wie die Bundesärztekammer. Auch Medizinrechtler meldeten einheitlich erhebliche Bedenken an.

Der Helios-Konzern hat überraschend schnell auf diese geballte Kritik reagiert und seine Chefärzte am 7. März explizit angewiesen, die MAFAs nur noch innerhalb des durch die DGAI und den BDA vorgegebenen Rahmens einzusetzen – „und nicht mehr darüber hinaus“. Planmäßige Parallelnarkosen soll es in den Helios-Kliniken demnach vorerst nicht mehr geben.

Pflegekräfte übernehmen die Narkoseführung

Seit 2004 wurden im Helios-Konzern insgesamt 22 Anästhesiepflegekräfte zu MAFAs weiterqualifiziert, die inzwischen in sieben Kliniken eingesetzt werden. Die MAFAs gehören zu „Anesthesia-Care-Teams“ und übernehmen nach ärztlicher Delegation Aufgaben bei der Narkoseführung. Dabei ist es nicht ausgeschlossen, dass „in unkritischen Phasen“ die Überwachung der Narkose einer Anästhesiepflegekraft übertragen wird. Der zuständige Facharzt für Anästhesie ist demnach nicht mehr ununterbrochen bei einem anästhesierten Patienten, sondern rotiert zwischen zwei bis vier Operationssälen. Um die Behandlung des Patienten persönlich übernehmen zu können, soll er im Fall einer Komplikation oder eines schweren Zwischenfalls „unmittelbar“ verfügbar sein.

Den naheliegenden Verdacht, dass Helios mit der Umsetzung des MAFa-Konzepts Ärzte und somit Kosten einsparen will, wies Dr. med. Gerald Burgard weit von sich: „Es fallen keine Arztstellen weg“, betonte der Chefarzt der Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Helios-Klinikum Erfurt: „Für jeden einzelnen Patienten ist weiterhin ein Anästhesiearzt zuständig.“ Es komme allerdings vor, dass ein MAFa die Überwachung einer unkritischen Narkose übernehme, damit zum Beispiel ein Oberarzt einem Assistenzarzt bei

einer komplizierten Narkose assistieren könne. Im Vergleich zu anderen Krankenhäusern, in denen ein erfahrener Arzt einem unerfahrenen Arzt in einer Krisensituation beispringen müsse und dann die Anästhesiepflegekraft die Narkoseüberwachung übernehme, bringe das Helios-System sogar eine Qualitätssteigerung mit sich, argumentierte Burgard: „Schließlich sind unsere MAFAs für diese Fälle besser qualifiziert als herkömmliche Anästhesiepflegekräfte.“

Auch die beteiligten Ärzte gehen ein Risiko ein

Prof. Dr. med. Hugo Van Aken hält diese Argumente für vorgeschoben. Der DGAI-Präsident ist überzeugt, dass Helios mit der Umsetzung des MAFa-Konzepts vorrangig kostenintensive ärztliche Arbeit einsparen will. Die Delegation ärztlicher Leistungen sei aber insbesondere in der Anästhesie viel zu gefährlich. „Schwere Anästhesiezwischenfälle sind zwar selten, aber wenn sie auftreten, dann handelt es sich um lebensbedrohliche und gefährliche Krisen“, sagte der Direktor der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Universitätsklinikum Münster. In solchen Situationen sei fachärztliches Know-how unabdingbar, um drohenden Schaden vom Patienten abzuwenden: „Oft liegen zwischen Erkennen eines sich ankündigenden Zwischenfalls und dessen Beherrschen nur wenige Minuten. Ist der Anästhesist, wie im MAFa-Konzept vorgesehen, in Rufweite – beispielsweise in einem anderen Operationssaal – so fehlen diese lebenswichtigen Minuten.“ Hinzu komme, dass die ersten Alarmzeichen einer Komplikation oft nicht erkannt würden und der Anästhesist deshalb häufig nicht oder zu spät gerufen werde.

Doch nicht nur für den Patienten birgt das MAFa-Konzept Risiken: „Hat der Arzt bei einem Zwischenfall zwischenzeitlich den Operationssaal verlassen, liegt ein schwerer Kunstfehler vor“, betonte Van Aken. Dr. iur. Elmar Biermann, Justiziar des BDA, bestätigte diese Einschätzung anhand der vier „Parallelnarkoseurteile“ des Bundesgerichtshofs (BGH), in denen die rechtlichen Mindestanforderungen für die Durchführung und Überwachung von Narkosen festgelegt wurden. Demnach dürfen Anästhesieverfahren grundsätzlich nur von einem als Facharzt ausgebildeten Anästhesisten oder – bei einem entsprechend fortgeschrittenen Ausbildungsstand – zumindest unter dessen Aufsicht von einem anderen Arzt vorgenommen werden, „wobei Blick oder Rufkontakt bestehen muss“. Ausdrücklich legte der BGH fest, dass im

* Mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzteverlags (Deutsches Ärzteblatt 2007;104:694-698) ▶

► Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlichen Überlegungen und der Einhaltung der gebotenen Standards Letzteren der Vorrang eingeräumt werden müsse. „Die Sicherheit der Patienten“ geht „allen anderen Gesichtspunkten vor“ und darf nicht „etwaigen personellen Engpässen geopfert werden“.

Helios beugt sich dem Druck

„Wenn die Fachgesellschaft festlegt, dass eine Narkose eine ärztliche Tätigkeit ist, dann ist die Rechtslage klar“, ergänzte der Münchener Rechtsanwalt Prof. Dr. iur. Dr. rer. pol. Klaus Ulsenheimer – und dies ist der Fall: DGAI und BDA lehnen die auch nur zeitweise Betreuung von Patienten während der Narkose durch MAfAs strikt ab. „Nach dem Gehörten gibt es nur eine Schlussfolgerung für einen Vorstand: Finger weg von der Zuständigkeit der Anästhesisten für die Narkosen“, schlussfolgerte Rüdiger Strehl, kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Tübingen und Generalsekretär des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands.

Für Helios war die heftige Kritik in der Ärzteschaft am MAfA-Projekt nicht neu. Auch die haftungsrechtlichen Risiken müssen der Konzernführung schon lange bekannt gewesen sein. Die Münsteraner Tagung hat die Verantwortlichen aber wohl endgültig überzeugt, dass das Konzept nicht vermittelbar ist – weder den Ärzten noch den Patienten (also den „Kunden“). Am 6. März informierte der Klinikkonzern das Deutsche Ärzteblatt vorab darüber, dass das umstrittene Konzept entschärft wird: „Mit der Qualifizierung zum MAfA wird kein neuer

Beruf geschaffen. MAfAs helfen den Anästhesisten bei der Durchführung der Narkose. Art und Umfang dieser Hilfe wird ausschließlich durch den zuständigen Anästhesisten vor Ort und unter Beachtung und im Rahmen der als verbindlich anerkannten Grundsätze der Fachgesellschaften oder Berufsverbände bestimmt“, heißt es in einem Schreiben der Unternehmensführung an alle Helios-Chefärzte vom 7. März.

Die Delegation ärztlicher Leistungen bleibt ein Thema

Doch auch nach diesem Etappensieg der Anästhesisten wird die Delegation ärztlicher Leistungen ein brisantes Thema für die Ärzte bleiben. Denn „es gibt derzeit mehrere Bewegungen, die am Arztvorbehalt knabbern“, warnte Dr. iur. Albrecht Wienke in Münster. Der Kölner Rechtsanwalt verwies auf Aussagen im Koalitionsvertrag, wonach nichtärztliche Heilberufe stärker in die Versorgungskonzepte einzubeziehen seien. Ebenfalls dem Thema widmen wird sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem nächsten Gutachten – „und das unter der Prämisse, dass dadurch die Wirtschaftlichkeit verbessert wird“, wie Dr. med. Regina Klakow-Franck klarstellte. Die stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer appellierte an die Ärzte, sich aktiv an der Diskussion zu beteiligen und selbst Vorschläge zu unterbreiten, welche Tätigkeiten delegierbar sind: „Anderenfalls werden die Gesetze gegen unseren Willen geändert.“

Jens Flintrop

Ausschreibung:

Dr.-Ernst-Wiethoff-Preis für innovative klinische Forschung

Mit dem Dr.-Ernst-Wiethoff-Preis wird eine innovative Originalarbeit im Bereich der klinisch orientierten medizinischen Forschung aus folgenden Disziplinen gewürdigt: Innere Medizin, Anästhesie und Intensivmedizin, Immunologie, Infektiologie, Pädiatrie und Rheumatologie. Auch Arbeiten aus benachbarten Bereichen, die diese Fachrichtungen betreffen, sind zugelassen. Der Preis geht auf den ehemaligen Medizinischen Direktor von Abbott in Wiesbaden, Dr. med. Ernst Otto Wiethoff, zurück. Das Preisgeld beträgt wie in den Vorjahren 25.000,- Euro.

Für die Verleihung des Preises können sich Kandidaten bewerben, deren Arbeit von einer renommierten Fachzeitschrift in den Jahren 2006 oder 2007 publiziert oder bis Jahresende 2007 akzeptiert wurde. Sollten sich mehrere Autoren aus einer Autorengruppe bewerben, ist im vorhinein zu klären, wer sich als Repräsentant der Gruppe bewirbt. Der Bewerber muss weiterhin anzeigen, ob er sich mit dieser Arbeit bereits für andere Preise beworben hat. Er muss zum Zeitpunkt der Fertigstellung der Arbeit an einem deutschen Forschungsinstitut beschäftigt oder in dessen Auftrag bzw. im Auftrag einer deutschen Forschungseinrichtung im Ausland tätig sein. Das Höchstalter der Bewerber beträgt 38 Jahre.

Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch ein unabhängiges, interdisziplinäres Gremium universitärer Professoren.

Bewerbungen mit Originalarbeit, Curriculum vitae und Publikationsverzeichnis sind in einfacher Ausführung spätestens bis zum **31.12.2007** an Abbott zu richten.

Anschrift: PD Dr. med. Johannes Zahner, Medizinischer Direktor, Abbott GmbH & Co. KG, Max-Planck-Ring 2, 65205 Wiesbaden, Tel.. 06122 581178.