

Vereinbarung fber die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung*

des Berufsverbandes Deutscher Anfsthesisisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen

Chirurg und Anfthেসist erfllen bei ihrer prfoperativen, intraoperativen und postoperativen Zusammenarbeit eine gemeinsame Aufgabe im Dienste des Patienten. Ihre Kooperation auf der Grundlage prfziser Aufgabenteilung und wechselseitigen Vertrauens bietet die beste Gewfhr ffr die Ausschaltung vermeidbarer Risiken sowie ffr eine reibungslose und zfige Abwicklung des Operationsprogrammes. Damit entspricht diese Zusammenarbeit auch den Erfordernissen einer wirtschaftlichen Behandlungsweise, die jedoch weder die Sicherheit des Patienten noch den Therapieerfolg beeintrfchtigen darf.

Das Ziel beider Berufsverbnde ist es, im Geiste kollegialen Einverstfndnisses und in stfndiger wechselseitiger Konsultation das interdisziplinfre Zusammenwirken fberall dort noch zu verbessern, wo in der tfglichen Arbeit Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten auftreten kfnen. Sie vereinbaren deshalb in Erweiterung und Ergfanzung der bestehenden Abkommen¹⁾ folgende

Leitsfzte ffr die Zusammenarbeit von Chirurgen und Anfthেসisten in der prf-, intra- und unmittelbaren postoperativen Phase

Der Chirurg ist nach den Grundsfzen einer strikten Arbeitsteilung zustfndig und verantwortlich ffr die Planung und Durchfhrung des operativen Eingriffs, der Anfthেসist ffr die Planung und Durchfhrung des Betfubungsverfahrens sowie ffr die fberwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen. Beide rzte dfrfen, solange keine offensichtlichen Qualifikationsmfngel oder Fehlleistungen erkennbar werden, wechselseitig

darauf vertrauen, daB der Partner der Zusammenarbeit die ihm obliegenden Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfllt.

1. Prfoperative Phase

1.1 Der Chirurg entscheidet fber die Indikation zum Eingriff sowie fber Art und Zeitpunkt der Operation. Der Anfthেসist unterrichtet den Chirurgen umgehend, wenn aus der Sicht seines Fachgebietes Kontraindikationen gegen den Eingriff oder seine Durchfhrung zu dem vorgesehenen Zeitpunkt erkennbar werden.

Die Entscheidung, ob der Eingriff dennoch durchgefhhrt werden muB oder aufgeschoben werden kann, obliegt dem Chirurgen. Wenn sich dieser entgegen den Bedenken des Anfthেসisten ffr den Eingriff entschlieBt, so fibernimmt er damit die rzrtliche und rechtliche Verantwortung ffr die richtige Abwfagung der indizierenden und der ihm vom Anfthেসisten mitgeteilten kontraindizierenden Faktoren.

Der Anfthেসist hat in diesem Falle bei der Wahl und Durchfhrung des Betfubungsverfahrens dem durch kontraindizierende Faktoren erhfhhten Risiko und Schwierigkeitsgrad Rechnung zu tragen.

* Anfsth. Intensivmed. 23 (1982) 403 - 405

1) Richtlinien ffr die Stellung des leitenden Anfthেসisten. Der Anaesthesist 14 (1965) 31 - 32
Vereinbarungen zwischen den Fachgebieten Chirurgie und Anfsthese fber die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit in der Intensivmedizin, Anfsth. Inform. 11 (1970) 167

Gemeinsame Stellungnahme zur Einrichtung zentraler Anfthেসieabteilungen, zur Doppelverantwortung des Operateurs ohne Fachanfthেসisten und zur Fortbildung der Chirurgen auf dem Gebiet der Anfthesiologie, Anfsth. Inform. 16 (1975) 349 - 350

1.2 Art und Umfang der präoperativen Untersuchungen sind abhängig vom Alter und Allgemeinzustand des Patienten sowie von der Belastung durch den operativen Eingriff. Für den Regelfall empfiehlt sich eine Abstimmung zwischen Chirurg und Anästhesist über ein Untersuchungsprogramm. Das Ziel der Abstimmung soll es sein, das Absetzen von Operationen weitgehend zu vermeiden.

Dabei ist zu bedenken, daß der Anästhesist für die Voruntersuchung und eine etwaige Vorbehandlung, für die Aussprache mit dem Chirurgen über das geplante operative und anästhesiologische Vorgehen sowie über mögliche Kontraindikationen, für das Aufklärungsgespräch mit dem Patienten und für die Prämedikation Zeit benötigt. Der Chirurg sollte deshalb den Anästhesisten zum frühestmöglichen Zeitpunkt über den beabsichtigten Eingriff unterrichten, in der Regel also sobald er bei einem Patienten über die Indikation zum operativen Eingriff entschieden hat, und ihm möglichst bald auch die vollständigen Behandlungsunterlagen zur Verfügung stellen. Andererseits ist es Aufgabe des Anästhesisten, die ihm gebotene Gelegenheit wahrzunehmen, um Verzögerungen des Operationsprogrammes zu vermeiden.

1.3 Das Operationsprogramm des nächsten Tages sollte dem Anästhesisten spätestens am frühen Nachmittag vorliegen, um während der restlichen Tagesdienstzeit nicht nur die anstehenden Prämedikationsvisiten vornehmen, sondern auch notwendig erscheinende Zusatzuntersuchungen durchführen lassen zu können.

1.4 Chirurg und Anästhesist haben die Aufgabe, den Patienten aus der Sicht ihrer Fachgebiete über die Art des Eingriffes und des Anästhesieverfahrens aufzuklären. In Risikofällen kann sich die gemeinsame Aufklärung des Patienten durch Chirurg und Anästhesist empfehlen.

1.5 Meinungsverschiedenheiten über den Eingriff und seine Voraussetzungen sollten zwischen Chirurg und Anästhesist und nicht vor dem Patienten erörtert werden.

2. Zuständigkeit für die Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens

2.1 Der Anästhesist entscheidet über die Art des Betäubungsverfahrens. Die Wahl steht ihm dabei nur zwischen den Betäubungsverfahren offen, die sich für die Durchführung des geplanten Eingriffs unter Berücksichtigung des beabsichtigten operativen Vorgehens voll eignen. Wenn keine medizinischen Gründe entgegen stehen, sollten Anästhesist und Operateur auf die Wünsche und Vorstellungen des Partners wechselseitig Rücksicht nehmen.

2.2 Der Krankenträger, der für die zweckentsprechende Organisation seines Hauses verantwortlich ist, überträgt dem Leiter der Anästhesieabteilung in der Regel die gesamte anästhesiologische Versorgung der stationären Patienten als Dienstaufgabe. Dies bedeutet jedoch nicht, daß alle Betäubungsverfahren von der Anästhesieabteilung durchgeführt werden müssen. Es ist vielmehr üblich, durch interkollegiale Absprachen zwischen dem leitenden Anästhesisten und dem leitenden Chirurgen bestimmte Bereiche festzulegen, in denen dieser für die Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens zuständig ist.

2.3 Wo hier im einzelnen die Grenzen zu ziehen sind, bestimmt sich nach den Erfordernissen einer rationellen Zusammenarbeit, die Sicherheitsrisiken vermeidet und den speziellen Eingriff und das Betäubungsverfahren nach Möglichkeit dort in einer Hand beläßt, wo sich die Verantwortungsbereiche bei Komplikationen nicht trennen lassen. Soweit nicht die spezifischen Verhältnisse des einzelnen Krankenhauses - etwa Probleme einer ausreichenden Besetzung der Anästhesieabteilung - eine andere Absprache als zweckmäßig erscheinen lassen, empfehlen die beiden Berufsverbände folgende Abgrenzung:

Bei Eingriffen, die - nach dem jeweiligen Stand der Medizin - üblicherweise in örtlicher Betäubung durch Infiltration des Operationsgebietes oder in einer operationsfeldnahen Regionalanäs-

thesie (z. B. Finger- oder Zehenanästhesie nach Oberst) ausgeführt werden, bleibt die Wahl und Durchführung dieser Betäubungsverfahren einschließlich der Überwachung der vitalen Funktionen dem Operateur überlassen.

In Fällen, in denen Operateur und Anästhesist sich gemeinsam für diese Anästhesieverfahren entscheiden, wird sie in der Regel der Operateur durchführen. Soll die Überwachung der vitalen Funktionen gleichwohl vom Anästhesisten übernommen werden, bedarf dies einer generellen oder speziellen Absprache.

2.4 Übernimmt der Operateur die Durchführung des Betäubungsverfahrens, so ist von dem Grundsatz auszugehen, daß sich die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die Voruntersuchung und eine etwaige Vorbehandlung sowie für die Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens nicht trennen lassen.

2.5 Soweit es dem Chirurgen freisteht, den Anästhesisten zuzuziehen, sollte er zumindest bei den Patienten von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, bei denen mit besonderen Risiken beim speziellen Eingriff oder beim Betäubungsverfahren zu rechnen ist. Die Doppelverantwortung für das Betäubungsverfahren in der Form der „Schwesternnarkose“ und für den speziellen Eingriff sollte der Chirurg nur dort übernehmen, wo ein Anästhesist nicht zur Verfügung steht.

2.6 Für die Entscheidung, ob ein Eingriff ambulant durchgeführt werden kann, wird daher auch die Art des erforderlichen Betäubungsverfahrens von Bedeutung sein.

3. Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch¹⁾

Die Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch ist eine gemeinsame Aufgabe von Chirurg und Anästhesist. Auszugehen ist von den Erfordernissen des operativen Vorgehens. Hat der Anästhesist gegen die vom Chirurgen gewünschte Lagerung Bedenken wegen der damit verbundenen anästhesiologischen Risiken (Erschwerung

der Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen, Gefahr von Lagerungsschäden), so hat er den Chirurgen darauf hinzuweisen. Dieser entscheidet unter Abwägung der für und gegen diese Lagerung sprechenden Gesichtspunkte; er trägt die ärztliche und rechtliche Verantwortung dafür, daß Gründe des operativen Vorgehens die erhöhten Risiken der von ihm gewünschten Lagerung rechtfertigen. Der Anästhesist hat dieses erhöhte Risiko bei seinem Vorgehen in Rechnung zu stellen und die erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen zu treffen.

4. Planung und Durchführung des Operationsprogramms

4.1 Das Operationsprogramm sollte - soweit kein Schichtdienst besteht - so geplant werden, daß es nach den bisherigen Erfahrungen innerhalb der üblichen Arbeitszeit abgewickelt werden kann. Eine ständige Überschreitung der physischen und psychischen Leistungsgrenzen durch die Ausdehnung des Operationsprogramms bis in die Nachmittagsstunden geht zu Lasten der Konzentrationsfähigkeit der beteiligten Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger und gefährdet die ordnungsgemäße Erledigung der übrigen Dienstaufgaben.

4.2 Zeitverluste beim Beginn des Operationsprogramms und Verzögerungen in seiner Abwicklung sind durch eine enge Koordination der Zeitpläne und wechselseitige Rücksichtnahme zu vermeiden. Hierzu ist es u. a. erforderlich, daß festgelegte Zeiten von allen Beteiligten in gleicher Weise als verbindlich angesehen werden. Störfaktoren und Fehlerquellen, die eine zügige Abwicklung des Operationsprogramms behindern, sollten gemeinsam ermittelt und im vertrauensvollen interdisziplinären Gespräch offen beim Namen genannt werden. Dienstbesprechungen, Weiterbildungsprogramme und Fortbildungsveranstaltungen sollten im wechselseitigen Einver-

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

¹⁾ Vgl. hierzu die entsprechende Vereinbarung auf Seite 29 (die Red.)

ständnis so eingeplant werden, daß sie das Operationsprogramm nicht beeinträchtigen. Es empfiehlt sich, hierfür eine übereinstimmende Terminierung vorzusehen.

4.3 Bei der Organisation des Dienstbetriebes und bei allen Planungen ist in Rechnung zu stellen, daß die Versorgung von Notfällen Chirurgen und Anästhesisten zusätzlich in Anspruch nimmt.

5. Aufgabenverteilung in der postoperativen Phase

5.1 Für Maßnahmen zur Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der durch das operative Vorgehen beeinträchtigten Vitalfunktionen sind grundsätzlich beide Fachgebiete fachlich zuständig, der Anästhesist für die Erkennung und Behandlung spezifischer Anästhesiekomplikationen, der Operateur für die Erkennung und Behandlung chirurgischer Komplikationen. Beide Ärzte haben wechselseitig dafür zu sorgen, daß bei Komplikationen der fachlich zuständige Arzt umgehend zur Mitbehandlung zugezogen wird. Jeder der beteiligten Ärzte trägt die Verantwortung für die ordnungsgemäße Unterweisung und Beaufsichtigung des ihm unterstellten Pflegepersonals.

5.2 Während der unmittelbaren postoperativen Aufwachphase bedarf der Patient noch so lange, wie mit einer anästhesiebedingten Beeinträchtigung vitaler Funktionen und mit daraus resultierenden Komplikationen zu rechnen ist, einer ständigen, unmittelbaren Überwachung.

Zur Sicherung des Patienten in dieser Phase fordern Chirurgen und Anästhesisten nachdrücklich die Einrichtung von Aufwacheinheiten in allen operativen Krankenhäusern. In dieser Aufwacheinheit verbleibt der Patient so lange, bis er aus der Narkose erwacht, wieder im Vollbesitz seiner Schutzreflexe ist und keine unmittelbaren Komplikationen von seiten der vitalen Funktionen mehr zu erwarten sind. Intensiveinheiten können von ihrer Funktion und Kapazität her Aufwacheinheiten nicht ersetzen.

5.3 Mit der Rückverlegung auf die chirurgische Krankenstation obliegt die weitere Patientenversorgung dem Chirurgen und seinem Pflegepersonal.

5.4 Besteht kein Aufwachraum und muß der Patient aus diesem Grunde schon während der postoperativen Aufwachphase auf die chirurgische Krankenstation zurückverlegt werden, so ist auch dort die Überwachung sicherzustellen. Der Krankenhausträger hat dann im Rahmen seiner Organisationspflicht der chirurgischen Abteilung die dafür zusätzlich erforderlichen Pflegekräfte zur Verfügung zu stellen.

Hamburg/Hannover/Nürnberg,
den 28. August 1982

Für den Berufsverband der Deutschen Chirurgen
gez. *W. Müller-Osten*, Ehrenpräsident
gez. *K. Hempel*, Präsident

Für den Berufsverband Deutscher Anästhesisten
gez. *P. Uter*, Präsident
gez. *H. W. Opderbecke*, Schriftführer