

Empfehlungen zur Organisation der Anästhesie im Rahmen der Neurochirurgie*

der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung und der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie über zweckmäßige Formen der Zusammenarbeit beider Fachgebiete hatten zum Ziel:

1. Die Sicherung einer optimalen Behandlung der Kranken durch Anwendung solcher Maßnahmen, die nach dem jeweiligen Wissensstand beider Fachgebiete gerechtfertigt sind.
2. Die gegenseitige Förderung beider Fachgebiete in Forschung und Lehre.
3. Die gegenseitige Unterstützung beider Fachgebiete bei der Ausbildung von Fachärzten und der Fortbildung von Hilfs- und Pflegepersonal.

Als Ergebnis der Verhandlungen werden von beiden Gesellschaften folgende grundsätzliche Feststellungen anerkannt:

1. Die Anästhesie bei neurochirurgischen Operationen stellt spezifische Anforderungen an den Anästhesisten, wie z. B. die Beherrschung von zentralen Atem- und Kreislaufregulationsstörungen, von Herzrhythmusstörungen, von Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes und die Beeinflussung des intrakraniellen Drucks.
2. In der prä- und vor allem postoperativen Intensivbehandlung entstehen Aufgaben, die für das neurochirurgische Fachgebiet spezifisch sind.
3. Die Anästhesie in der Neurochirurgie, insbesondere bei Gehirnoperationen, soll stets von einem in der allgemeinen Anästhesie erfahrenen und mit den speziellen Problemen vertrauten Anästhesisten durchgeführt werden.
4. Die erforderliche vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Anästhesisten und Operateur sowie zwischen leitendem Neurochirurgen und verantwortlichem Anästhesisten in der Intensivbehandlung kann nur durch eine langfristige personelle Kontinuität gewährleistet werden.

5. Die Entwicklung eines eigenen Fachgebietes „Neuroanästhesie“ wird nicht angestrebt.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze kann die Zusammenarbeit beider Fachgebiete in verschiedenen Formen organisiert werden. Starre Regeln lassen sich dabei nicht aufstellen. Vielmehr hat sich die Zusammenarbeit zwangsläufig nach örtlich bestehenden räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten zu richten. Im folgenden werden Beispiele für Organisationsformen gegeben, die beiden Gesellschaften geeignet erscheinen:

1. Zusammenarbeit im Operationssaal

1.1 Ist der neurochirurgische Operationssaal in einem Klinikum Bestandteil einer zentralen Operationsabteilung für sämtliche operative Fächer, dann ist die Neurochirurgie auch der zentralen Anästhesieabteilung angeschlossen.

Ein erfahrener und mit den speziellen Problemen der Neurochirurgie vertrauter Fachanästhesist soll dabei jeweils für einen mehrjährigen Zeitraum der Neurochirurgie zugeteilt bleiben, während jüngere, in fachärztlicher Weiterbildung stehende Anästhesisten unter seiner Leitung arbeiten und in kürzeren Abständen ausgetauscht werden können. Ein Wechsel des verantwortlichen Anästhesisten sollte stets nur im Einverständnis mit dem Leiter der neurochirurgischen Klinik bzw. Abteilung erfolgen. Im Stellenplan der zentralen Anästhesieabteilung sollte der Anästhesist für die Neurochirurgie eine Oberarztstelle haben.

* Anästh. Inform. 12 (1971) 034 - 035

1.2 In einer neurochirurgischen Operationsabteilung, die nicht in räumlicher Verbindung mit Operationssälen anderer Fachgebiete steht, soll die Leitung der Anästhesie in der Hand eines Fachanästhesisten liegen, der die Verantwortung für die Tätigkeit seiner nachgeordneten Ärzte trägt. Für diese besondere Situation soll eine entsprechende Position im Stellenplan geschaffen werden.

Bei der derzeitigen Struktur der Universität würde der Inhaber einer derartigen Stelle in allen akademischen Fragen dem Lehrstuhlinhaber für Anästhesie unterstehen. Seine Aufgaben, Pflichten und Rechte in Lehre und Forschung regeln die für ihn gültigen Universitätsstatuten bzw. Hochschulgesetze; sie sollen jedoch stets im Einvernehmen mit dem Lehrstuhlinhaber für Anästhesie gelöst werden. Das gleiche gilt auch für die personelle (Zuteilung und Ausbildung von Assistenten) und sachliche (Ausstattung etc.) Organisation, und zwar auch dann, wenn er als Abteilungsleiter über einen eigenen Personal- und Sachetat verfügen sollte.

1.3 Bei einer räumlichen und organisatorischen Verbindung der neurochirurgischen Operationssäle mit denen anderer operativer Fächer (HNO-, Augen-, Kieferklinik, z. B. im Verbände einer „Kopfklinik“) sind entsprechende Regelungen anzustreben, wobei einmal nach

1.1 verfahren werden kann, wenn das zentrale Institut für Anästhesie und Wiederbelebung in räumlicher Verbindung mit diesen Kliniken steht, bzw. nach

1.2 wenn das nicht der Fall ist.

2. Zusammenarbeit bei der prä- und postoperativen Betreuung

Hierbei werden folgende Definitionen zugrunde gelegt:

2.1 Aufwachraum: Überwachungsraum ohne Stationscharakter, in dem der Frischoperierte so lange verbleibt, bis er aus der Narkose erwacht und wieder im Vollbesitz seiner Schutzreflexe ist


und keine unmittelbaren Komplikationen seitens der Atmung und des Kreislaufs mehr zu erwarten sind. Er untersteht dem Anästhesisten.

2.2 Wachstation: Bettenstation zur ständigen Überwachung und zur Behandlung Frischoperierter nach ausgedehnten Eingriffen und zur präoperativen Überwachung und Behandlung Schwerstkranker.

Eine neurochirurgische Klinik oder eine selbständige neurochirurgische Abteilung in einem großen Krankenhaus soll über eine eigene, fachgebundene Wachstation verfügen. In dieser vom Neurochirurgen geleiteten Wachstation übernimmt der Anästhesist in der Regel die Behandlung respiratorischer Störungen und beteiligt sich, je nach örtlicher Vereinbarung, an der allgemeinen Behandlung.

Besteht in einem Krankenhaus eine gemeinsame, interdisziplinäre Wachstation für alle Frischoperierten und ist diesem Krankenhaus eine kleinere neurochirurgische Abteilung angeschlossen, so kann es zweckmäßig sein, der neurochirurgischen Abteilung eine entsprechende Anzahl von Betten in der interdisziplinären Wachstation zur Verfügung zu stellen. Die Betreuung der Patienten sollte dann in gleicher Weise erfolgen wie in einer fachgebundenen neurochirurgischen Wachstation.

2.3 Intensivbehandlungseinheit: Betteneinheit für Schwerstkranke, deren vitale Funktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und durch besondere Maßnahmen aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden müssen. Diese Einheiten besitzen wegen des erheblichen personellen und apparativen Aufwandes auch an großen Krankenhäusern in der Regel interdisziplinären Charakter und unterstehen – jedenfalls soweit es sich um operative Einheiten handelt – dem Anästhesisten. Er trägt die Verantwortung für die ordnungsgemäße ärztliche und pflegerische Betreuung der Patienten sowie für die Instandhaltung der technischen Einrichtungen. Den nachgeordneten Ärzten und Hilfskräften hat er erforderliche Weisungen zu erteilen und deren Durchführung zu überwachen.



Für die ärztliche Behandlung ist dieser leitende Arzt nur im Rahmen seines Fachgebietes zuständig. Er hat für die rechtzeitige Zuziehung der fachlich zuständigen Ärzte zu sorgen. Die Beteiligung des Neurochirurgen an dieser zentralen, interdisziplinären Intensivbehandlungseinheit unterscheidet sich nicht von der aller anderen Fachärzte des Krankenhauses.

3. Nichtärztliches Hilfspersonal

Die Intensivpflege neurochirurgischer Patienten erfordert spezielle Kenntnisse und Erfahrungen. Es wird dringend befürwortet, Fortbildungskurse in Intensivpflege für das staatlich geprüfte Pflegepersonal (Krankenschwestern und -pfleger) einzurichten, wobei auf die guten Erfahrungen mit einer kombinierten Ausbildung in Anästhesie und Intensivpflege gemäß den Empfehlungen der DGAW verwiesen wird. Es ist anzustreben, daß den in der Neurochirurgie tätigen Anästhesisten derartige Schwestern bzw. Pfleger zugeteilt werden, die sie je nach Bedarf zur Hilfe im Operationssaal und bei der Betreuung von neurochirurgischen Intensivbehandlungspatienten einsetzen können.

4. Übergangsbestimmung, Änderungen der Empfehlungen

Bestehende Einrichtungen einschließlich von Abteilungen für Neuroanästhesie werden von diesen Empfehlungen nicht berührt.

Die Empfehlungen beruhen auf einer freiwilligen Absprache zwischen beiden Gesellschaften. Änderungen und Anpassungen an künftige Entwicklungen sind jederzeit möglich.

Oktober 1970

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Anästhesie und Wiederbelebung
K. Hutschenreuter

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft
für Neurochirurgie
1. Vorsitzender: *H. Kuhlendahl*
2. Vorsitzender: *K. Schürmann*