

# Gemeinsame Empfehlung über die Zusammenarbeit in der operativen Ophthalmologie\*

der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e.V. (DOG)

## 1. Fachliche Zuständigkeit des Ophthalmologen für die Leitungs-/ Lokalanästhesie

Werden Operationen in Leitungs-/Lokalanästhesie durchgeführt und setzt der Ophthalmologe die Anästhesie selbst (ohne Anästhesie-Stand-by), so ist er auch für die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen während und nach der Operation verantwortlich.

Bei der Indikationsstellung zur Leitungs-/Lokalanästhesie und der Übernahme der Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen hat der Ophthalmologe sorgfältig zu prüfen, ob sich dagegen Bedenken wegen der Ausgangssituation des Patienten (z.B. hohes Lebensalter, Vor- und Begleiterkrankungen) und/oder wegen der Art und Dauer des geplanten Eingriffs ergeben. In Zweifelsfällen empfiehlt sich ein Konsil mit dem Anästhesisten oder Internisten.

Werden während des Eingriffs Komplikationen im Bereich der Vitalfunktionen erkennbar, so sollte möglichst frühzeitig ein Anästhesist zur Mitbehandlung zugezogen werden.

## 2. Zuziehung des Anästhesisten zum Stand-by und zur Anästhesie

Erfordern Art und Dauer der Operation (z.B. komplizierte, langwierige Pars-plana-Vitrektomie) und/oder eine präoperativ erkennbare Gefährdung der Vitalfunktionen die Mitwirkung des Anästhesisten, so ist zu unterscheiden, ob er

- zum Stand-by oder
- zur Durchführung der Anästhesie zugezogen wird.

2.1 Beim Stand-by übernimmt der Anästhesist die Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung gestörter Vitalfunktionen. Der Operateur entscheidet im Einvernehmen mit dem Anästhesisten über die Wahl des Betäubungsverfahrens. Führt der Anästhesist das Betäubungsverfahren durch, so trägt er sowohl die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die Anästhesie als auch die Sorge für die Vitalfunktionen. Er entscheidet in konkreter Absprache und im Einvernehmen mit dem Ophthalmologen über die Wahl des Betäubungsverfahrens und führt es unter voller Berücksichtigung der Erfordernisse des speziellen operativen Eingriffs durch.

2.2 Die Übernahme der Verantwortung für das Stand-by wie für die Anästhesie setzt bei stationären Wahleingriffen voraus, daß der Anästhesist

- spätestens am Nachmittag des der Operation vorhergehenden Tages über den speziellen Eingriff informiert wird,
- Gelegenheit zu einer gründlichen Anamnese, zur Durchsicht der Krankenunterlagen und zu einer körperlichen Voruntersuchung sowie zur Anordnung etwaiger Spezialuntersuchungen erhält,
- eine Prämedikation verordnen sowie vorbereitende Behandlungsmaßnahmen anordnen und das Aufklärungsgespräch mit den Patienten führen kann.

2.3 Bei Eingriffen, die unter Berücksichtigung ihrer Art und Dauer sowie des Allgemeinzustandes des Patienten und etwaiger Begleiterkrankungen ambulant durchgeführt werden, können im Einzelfall die Voruntersuchung und die Aufklärung durch den Anästhesisten am Opera-

\* Anästh. Intensivmed. 39 (1998) 309 - 310

tionstag genügen, wenn dem Patienten Zeit zur ruhigen Überlegung eingeräumt wird und er sich frei entscheiden kann.

2.4 Die Aufklärung über die Anästhesie bleibt beim Stand-by Aufgabe des Ophthalmologen; der Anästhesist klärt den Patienten in Absprache mit dem Ophthalmologen über spezielle Risiken auf, die sich aus komplizierenden Umständen für die Vitalfunktionen ergeben können. Führt der Anästhesist die Anästhesie durch, so obliegt ihm auch die Aufklärung über die Anästhesie.

### **3. Vertrauensgrundsatz**

Nach dem Prinzip der strikten Arbeitsteilung und dem Vertrauensgrundsatz dürfen Ophthalmologe und Anästhesist, solange keine offensichtlichen Qualitätsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden (siehe 2.1), bei ihrer Zusammenarbeit wechselseitig darauf vertrauen, daß der Partner die ihm obliegenden Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt. Es bestehen keine wechselseitigen Weisungsrechte und Überwachungspflichten.

### **4. Anästhesiologische und notfallmedizinische Ausstattung des Operationstisches**

Für die anästhesiologische und notfallmedizinische apparative Ausstattung der Operationstische werden von den eingangs genannten anästhesiologischen und ophthalmologischen Fachgesellschaften gemeinsame Vorschläge erarbeitet und in den jeweiligen Publikationsorganen veröffentlicht.

### **5. Personelle Ausstattung und Budget**

Anästhesieabteilungen können die Stand-by-Funktion nur übernehmen, wenn die damit verbundene Arbeits- und Kostenlast im Stellenplan und im Abteilungsbudget angemessen berücksichtigt wird.

### **6. Abweichende und ergänzende Vereinbarungen**

Anästhesisten und Ophthalmologen bleibt es vorbehalten, vor Ort ergänzende oder auch abweichende Absprachen über Art, Umfang und Organisation ihrer Zusammenarbeit zu treffen. Um den örtlichen Besonderheiten Rechnung zu tragen, sollten Anästhesisten und Ophthalmologen vor Ort zusätzliche, für beide Seiten verbindliche Vereinbarungen über die Alarmierung eines Anästhesisten bzw. Notarztes bei drohenden oder bereits eingetretenen Komplikationen treffen.

Januar 1998

Prof. Dr. med. *G. Hempelmann*  
Präsident der DGAI

Priv.-Doz. Dr. med. *J. Kammann*  
Präsident der DOG