

Vereinbarung ffber die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung*

des Berufsverbandes Deutscher Anfisthesisten und des Berufsverbandes der ffrzte ffur Orthopfdie¹⁾

Orthopfde und Anfisthesist erfffllen 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 ffur die Ausschaltung vermeidbarer Risiken sowie ffur eine reibungslose und zffgige Abwicklung des Operationsprogrammes.

Das Ziel beider Berufsverbffnde ist es, im Geiste kollegialen Einverstfndnisses und in stfndiger wechselseitiger Konsultation das interdisziplinfere Zusammenwirken ffberall dort noch zu verbessern, wo in der tffglichen Arbeit Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten auftreten kffnnen.

Die beiden Berufsverbffnde vereinbaren folgende Leitsfetze ffur die Zusammenarbeit:

1. Prinzip der Arbeitsteilung und Vertrauensgrundsatz

1.1 Der Orthopfde ist nach den Grundsfetzen einer strikten Arbeitsteilung zustfndig und verantwortlich ffur die Planung und Durchffhrung des operativen Eingriffs, der Anfisthesist ffur die Planung und Durchffhrung des Betfubungsverfahrens sowie ffur die ffberwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen.

Insoweit der Orthopfde ffur ein bestimmtes Operationsverfahren aus fachlichen Grffnden einem bestimmten Anfisthesieverfahren den Vorzug geben mffchte, sollte dies vom Anfisthesisten nach Darlegung der Grffnde im Rahmen seiner fachlichen Entscheidungsmffglichkeiten berffcksichtigt werden.

Das gleiche gilt umgekehrt, wenn der Anfisthesist aus der Sicht seines Fachgebietes Wffnsche hin-

sichtlich des operativen Vorgehens an den Orthopfden richtet. Beide ffrzte dffrfen, solange keine offensichtlichen Qualitfetsmffngel oder Fehlleistungen erkennbar werden, wechselseitig darauf vertrauen, daff der Partner der Zusammenarbeit die ihm obliegenden Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfffllt. Strikte Objektivitfet auf beiden Seiten und die Wahrung der gebotenen Sorgfalt bei der Planung und Durchffhrung der Behandlung sind eine unabdingbare Voraussetzung ffur eine Zusammenarbeit auf der Grundlage dieses ffbereinkommens. Eine reibungslose interdisziplinfere Zusammenarbeit bietet die beste Gewfhr ffur eine wirtschaftliche Behandlungsweise, die angesichts knapper Mittel wesentliche Bedeutung gewinnt. Die medizinischen Erfordernisse, die den Behandlungserfolg und die Sicherheit des Patienten gewfhrleisten, haben jedoch absoluten Vorrang vor allen anderen Interessen.

1.2 Der Orthopfde entscheidet ffber die Indikation zum Eingriff sowie ffber Art und Zeitpunkt der Operation. Der Anfisthesist entscheidet ffber die Art des Betfubungsverfahrens. Der Orthopfde unterrichtet den Anfisthesisten zum frffhestmffglichen Zeitpunkt ffber den beabsichtigten Eingriff, in der Regel also, sobald er bei einem Patienten ffber die Indikation zum operativen Eingriff entschieden hat. Er stellt ihm mffglichst bald auch die vollstfndigen Behandlungsunterlagen zur Verfffgung.

Der Anfisthesist unterrichtet den Orthopfden umgehend, wenn aus der Sicht seines Fachgebietes

* Anfsth. Intensivmed. 25 (1984) 464 - 466

¹⁾ Vgl. zur Lagerung des Patienten und zur Zusammenarbeit bei der Bluttransfusion die entsprechenden Abkommen mit dem FG. Chirurgie auf Seite 31 bzw. 33, die vom FG. Orthopfdie im Wortlaut ffbernommen wurden (die Red.)

Kontraindikationen gegen den Eingriff oder seine Durchführung zu dem vorgesehenen Zeitpunkt erkennbar werden.

Die Entscheidung, ob der Eingriff aus medizinischer Indikation dennoch durchgeführt werden muß oder aufgeschoben werden kann, obliegt dem Orthopäden. Wenn sich dieser entgegen den Bedenken des Anästhesisten für den Eingriff entscheidet, so übernimmt er damit die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die richtige Abwägung der indizierenden und der ihm vom Anästhesisten mitgeteilten kontraindizierenden Faktoren. Der Anästhesist trägt bei der Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens dem durch kontraindizierende Faktoren erhöhten Risiko und Schwierigkeitsgrad im Rahmen seiner Möglichkeiten Rechnung.

1.3 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 Orthopäde und Anästhesist über ein Basis-Untersuchungsprogramm. Ziel der Abstimmung sollte sein, das Absetzen von Operationen wegen unzureichender Voruntersuchung oder Vorbehandlung weitgehend zu vermeiden.

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

1.5 Orthopäde und Anästhesist klären den Patienten aus der Sicht ihrer Fachgebiete über die Art des Eingriffes und des Anästhesieverfahrens auf. In Risikofällen kann sich die gemeinsame Aufklärung des Patienten durch Orthopäde und Anästhesist empfehlen.

2. Zuständigkeit für das Betäubungsverfahren

2.1 Der Krankenträger, der für die zweckentsprechende Organisation seines Hauses verantwortlich ist, überträgt dem Leiter der Anästhesie-

abteilung 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 Orthopäden bestimmte Bereiche festzulegen, in denen dieser für die Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens zuständig ist.

2.2 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 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 Regionalanästhesie (z. B. Finger- oder Zehenanästhesie nach Oberst) ausgeführt werden, bleibt die Wahl und Durchführung der Betäubungsverfahren einschließlich der Überwachung der vitalen Funktionen in der Regel dem Orthopäden überlassen. Das gleiche gilt auch bei anderen Eingriffen, bei denen sich Orthopäde und Anästhesist gemeinsam für eines dieser Verfahren entscheiden.

Übernimmt der Orthopäde die Durchführung des Betäubungsverfahrens, so ist von dem Grundsatz auszugehen, daß die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die Voruntersuchung und eine etwaige Vorbehandlung sowie für die Wahl und Durchführung des Betäubungsverfahrens in einer Hand liegen. Soll die Überwachung der vitalen Funktionen gleichwohl vom Anästhesisten übernommen werden, bedarf dies einer generellen oder speziellen Einigung zwischen den Beteiligten.

2.3 Soweit es im Krankenhaus dem Orthopäden vertraglich 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 den speziellen Eingriff und eine Narkose sollte der Orthopäde nur übernehmen, wenn er über die erforderlichen anästhesiologischen Kenntnisse und Erfahrungen verfügt und ein Anästhesist nicht zur Verfügung steht.

3. Ambulantes Operieren

Die ambulante Durchführung von Eingriffen im Krankenhaus und in der Praxis niedergelassener Orthopäden setzt voraus, daß aus operativer wie aus anästhesiologischer Sicht der volle Leistungsstandard gewahrt wird und die Eingriffsgefahren nicht erhöht werden.

Ambulantes Operieren erfordert die gleiche sorgfältige Voruntersuchung und Vorbereitung des Patienten wie der stationäre Eingriff. Wirkt der Anästhesist bei dem Eingriff mit, so ist ihm ein Mitspracherecht bei der Entscheidung einzuräumen, ob der Eingriff ambulant oder stationär erfolgen soll. Ferner muß er rechtzeitig Gelegenheit haben, die Anamnese zu erheben, den Patienten körperlich zu untersuchen, die vorliegenden Befunde zu überprüfen und erforderliche ergänzende Untersuchungen anzuordnen.

Beim praxisambulanten Operieren ist mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die personellen und sachlichen Voraussetzungen gegeben sind. Die persönliche Qualifikation und apparative Ausstattung müssen auch den Erfordernissen einer dringlichen Zwischenfalltherapie genügen.

Die viel zu geringe Zahl niedergelassener Anästhesisten erweist sich als schwerwiegendes Hindernis für eine Erweiterung des ambulanten Operierens¹⁾.

¹⁾ Mittlerweile überholt (die Red.)

4. Planung und Durchführung des Operationsprogrammes

4.1 Der Orthopäde teilt dem Anästhesisten das Operationsprogramm spätestens am frühen Nachmittag des Vortages mit, damit dieser während des restlichen Tagesdienstes die anstehenden Prämedikationsvisiten und die notwendigen Voruntersuchungen durchführen kann.

4.2 Das Operationsprogramm ist so zu planen, daß es innerhalb der üblichen Arbeitszeit abgewickelt werden kann. Eine ständige Überschreitung der physischen und psychischen Leistungsgrenzen durch die Ausdehnung des Operationsprogrammes bis in die Nachmittagsstunden geht zu Lasten der Konzentrationsfähigkeit der beteiligten Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger und gefährdet die ordnungsgemäße Erledigung der übrigen Dienstaufgaben.

4.3 Zeitverluste beim Beginn des Operationsprogrammes 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 Operationsprogrammes behindern, sollten gemeinsam ermittelt und im vertrauensvollen interdisziplinären Gespräch offen beim Namen genannt werden. Dienstbesprechungen, Weiterbildungsprogramme und Fortbildungsveranstaltungen sollten im wechselseitigen Einverständnis so eingeplant werden, daß sie das Operationsprogramm nicht beeinträchtigen. Es empfiehlt sich, die Terminierung miteinander abzustimmen.

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

5. Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch

Die Lagerung des Patienten zur Operation ist eine gemeinsame Aufgabe von Orthopäde und Anästhesist. Auszugehen ist von den Erfordernissen des operativen Vorgehens unter Berücksichtigung des anästhesiologischen Risikos. Hat der Anästhesist gegen die vom Orthopäden gewünschte Lagerung Bedenken wegen der Erschwerung der Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen oder der Gefahr von Lagerungsschäden, so hat er den Orthopäden darauf hinzuweisen. Dieser wägt die für und gegen die Lagerung sprechenden Gesichtspunkte gegeneinander ab. Er trägt die ärztliche und rechtliche Verantwortung dafür, daß Gründe des operativen Vorgehens die erhöhten Risiken der von ihm gewünschten Lagerung rechtfertigen.

Anästhesist und Orthopäde haben die Risiken der Lagerung bei ihrem Vorgehen in Rechnung zu stellen und - jeder in seinem Bereich - die erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen zu treffen sowie die notwendigen Kontrollen vorzunehmen.

6. Aufgabenverteilung in der postoperativen Phase

6.1 Für Maßnahmen der 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 Orthopäde für die Erkennung und Behandlung operativer 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.

6.2 Während der unmittelbaren postoperativen Aufwachphase bedarf der Patient noch so lange, wie mit einer anästhesiebedingten Beeinträchti-

gung vitaler Funktionen und mit daraus resultierenden Komplikationen zu rechnen ist, einer ständigen, unmittelbaren Überwachung. Zuständig für die Überwachung ist die Fachabteilung, in deren Organisationsbereich und Obhut sich der Patient postoperativ befindet. Nach Aufgabenstellung und fachlicher Zuordnung ist zwischen folgenden Einheiten zu unterscheiden:

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 Vitalfunktionen mehr zu erwarten sind. Der Aufwachraum untersteht dem Anästhesisten.

Wachstation: Bettenstation zur Überwachung und Behandlung Schwerkranker und Frischoperierter. Die fachgebundene Wachstation steht in der Regel unter der Leitung des Orthopäden.

Intensivbehandlungseinheit: Betteneinheit für Schwerstkranke, deren vitale Funktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und durch besondere Maßnahmen aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden müssen. Interdisziplinäre operative Intensivbehandlungseinheiten stehen unter der Leitung des Anästhesisten. Dieser hat eine enge Zusammenarbeit mit den Ärzten der beteiligten operativen Fachabteilungen sicherzustellen und die ärztliche Behandlung zu koordinieren. Im übrigen trägt er die Verantwortung für die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen, während der Orthopäde für die Behandlung des Grundleidens zuständig bleibt.

6.3 Die Intensiveinheiten und Wachstationen können die Funktion eines Aufwachraumes nicht ersetzen. Die Einrichtung von Aufwachräumen ist zur Sicherung der Patienten in allen operativen Krankenhäusern unerlässlich.

Besteht kein Aufwachraum und muß der Patient aus diesem Grunde schon während der postoperativen Aufwachphase auf die orthopädische Krankenstation zurückverlegt werden, so ist auch

dort die Überwachung sicherzustellen. Der Krankenhausträger hat dann im Rahmen seiner Organisationspflicht der orthopädischen Abteilung die dafür zusätzlich erforderlichen Pflegekräfte zur Verfügung zu stellen.

7. Schlichtung interdisziplinärer Meinungsverschiedenheiten

Zur Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten zwischen Mitgliedern der beiden Berufsverbände über die fachlichen Kompetenzen und über die wechselseitige Abgrenzung ihrer Rechte und Pflichten tritt eine paritätisch besetzte Schiedskommission zusammen, wenn die beteiligten Ärzte dies wünschen. Die Schiedskommission versucht, den Streit unter Zugrundelegung der Grundsätze dieser Vereinbarung durch eine gütliche Einigung der Beteiligten beizulegen.

Beide Berufsverbände unterrichten sich über grundsätzliche Fragen, die sich bei der Zusammenarbeit zwischen Anästhesisten und Orthopäden ergeben.

Frankfurt und Nürnberg, den 8. August 1984

gez. Dr. G. Holfelder

1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie

gez. Dr. P. Uter

Präsident des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten

gez. Dr. E. Rausch

2. Vorsitzender des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie

gez. Dr. O. Zierl

Vizepräsident des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten