

BDAktuell / DGAInfo

Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie

Entschließung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) vom 26.10.2007 / 08.11.2007

I. Was ist „Anästhesie?“

Anästhesie heißt in wörtlicher Übersetzung aus dem Griechischen „Empfindungslosigkeit“. Diese Definition wird dem Inhalt des Fachgebietes Anästhesiologie schon lange nicht mehr gerecht. Anästhesie heute ist vielmehr eine Tätigkeit im Hochrisikobereich der medizinischen Versorgung. Sie umfasst ein Bündel von als solchen bereits gefährlichen Maßnahmen mit dem Ziel, anders nicht durchführbare, zum Teil sogar sonst nicht überlebende Eingriffe zu ermöglichen und deren Erfolg zu sichern. Für die Dauer des Anästhesieverfahrens legt der Patient infolge des notwendigen, ärztlich induzierten Verlustes von Bewusstsein und Schutzreflexen, der ärztlich gesteuerten Beeinträchtigung von Atmung und Kreislauf bis hin zur vollständigen Muskellähmung sein Leben in die Hand des Arztes, weil nur so optimale Bedingungen für den durchzuführenden Eingriff zu schaffen sind und das Ergebnis des Eingriffs gesichert werden kann. Bei ausgedehnten rückenmarksnahen Regionalanästhesien (Peridural-, Spinalanästhesie) sind die Gefahren für den Patienten und damit seine Abhängigkeit von den Fähigkeiten und Fertigkeiten des Arztes nicht weniger gravierend als bei einer Allgemeinanästhesie.

Spezifisch ärztliche anästhesiologische Expertise ist immer dann erforderlich, wenn zur Durchführung eines Eingriffs (z.B. Operation, therapeutische Intervention, diagnostische Maßnahme) die Vitalfunktionen und Schutzreflexe¹ des Patienten – wie beschrieben – beeinträchtigt werden oder in besonderem Maße gefährdet sind. Eine derartige Beeinträchtigung bzw. Gefährdung der Vitalfunktionen ist nie monokausal, sondern resultiert aus verschiedenen Variablen, insbesondere aus Art und Umfang des erforderlichen Anästhesieverfahrens, aus dem durchzuführenden Eingriff und seinen besonderen Erfordernissen, aus der Schwere der Grund- und Begleiterkrankungen des Patienten und vor allem aus einer Interaktion dieser Faktoren. Deshalb „erweist sich die Durchführung einer Risikoadjustierung als

schwierig“ (so mit Recht die Feststellung des SV-Rates 2007, 110), ja eine Risikoabschätzung ist im Einzelfall mit hinreichender Sicherheit überhaupt nicht möglich.

II. Bei welchen Anästhesieverfahren braucht man einen Anästhesisten?

- A** Ein Anästhesist ist erforderlich bei allen Allgemeinanästhesien (mit Verlust des Bewusstseins und der Schutzreflexe) sowie (z.B. wegen der gleichzeitig auftretenden Sympathikolyse) bei allen rückenmarksnahen Leitungsanästhesien (SpA, PDA).
- B** Ein Anästhesist ist nicht erforderlich, wenn der Eingriff keine Beeinträchtigung der Vitalfunktionen impliziert. Dies kann beispielsweise bei örtlich begrenzten Verfahren der Lokoregionalanästhesie (z.B. Oberflächenanästhesie, Infiltrationsanästhesien) oder bei der Gabe von Sedativa und Analgetika in Dosierungen, die nicht zu einem Verlust der Schutzreflexe oder zu einer Atemdepression führen, der Fall sein.

Die Durchführung einer Anästhesie erfordert neben einer theoretisch-wissenschaftlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung mit dem Nachweis entsprechender Kenntnisse und Fertigkeiten eine hinreichende praktisch-klinische Erfahrung, damit dem Patienten zu jeder Zeit der ihm medizinisch und rechtlich geschuldete Facharztstandard gewährt werden kann.

¹ Unter dem Begriff „Vitalfunktionen“ werden die lebenswichtigen Vorgänge zusammengefasst, also in erster Linie die Funktion von ZNS, Atmung, Herz- und Kreislauf; in zweiter Linie Blutgerinnung, Wasser- und Elektrolythaushalt, Stoffwechsel, Körpertemperatur etc.

Zu den Schutzreflexen zählen insbesondere der Husten- und Schluckreflex, die vor Aspiration schützen, sowie die Schmerzreflexe, die z.B. vor Lagerungsschäden schützen. ▶

► III. Rahmenbedingungen der Delegation

Es ist weder fachlich noch rechtlich erforderlich, dass der Anästhesist alles, was zur fachgerechten Durchführung einer Anästhesie notwendig ist, eigenhändig erledigen muss. Er darf an qualifiziertes nicht-ärztliches Personal delegieren, soweit die betreffende Maßnahme nicht – unter spezieller Beachtung der beschriebenen interagierenden Faktoren – „gerade dem (Fach-)Arzt eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt“ (BGH NJW 1975, 2245 (2246)).

Die Delegation steht unter dem strikten Vorbehalt, dass mit ihr keinerlei zusätzliche Risikoerhöhung für den Patienten verbunden sein darf. Insoweit ist immer eine Einzelfallprüfung erforderlich, die maßgeblich von folgenden Faktoren bestimmt wird:

- Modalitäten der Delegation (z.B. unter direkter Aufsicht, auf Anordnung, Handeln im Rahmen festgelegter Regeln);
 - Art der delegierten Tätigkeit;
 - Qualifikation des Delegates; vor einer Delegation muss daher in jedem einzelnen Fall geprüft werden, ob der Delegat nach seinen persönlichen Kenntnissen und Fertigkeiten in der Lage ist, die jeweilige Tätigkeit durchzuführen;
 - Zustand des Patienten, Art und Schwere der Grund- und Begleiterkrankungen;
 - Art und Ausmaß des Eingriffs;
 - Art und Umfang des Anästhesieverfahrens.
- (vgl. SVR-Gutachten 2007 S. 120ff).

IV. Was ist in der Anästhesie delegierbar?

Die Möglichkeiten der Delegation lassen sich vor den Hintergrund der fünf Anästhesiephasen unterscheiden:

1. Anästhesievorbereitung
2. Anästhesieeinleitung
3. Anästhesieführung (Aufrechterhaltung)
4. Anästhesieausleitung
5. Unmittelbare Postanästhesiephase (Aufwachraum).

Ad 1) Die Anästhesievorbereitung umfasst u.a. die medizinische Evaluation des Patienten inklusive Anamneseerhebung und körperlicher Untersuchung, Indikation zusätzlicher Untersuchungen und Maßnahmen, die Planung von Art und Umfang des Anästhesieverfahrens sowie die Aufklärung über die geplanten anästhesiologischen Maßnahmen und ihre Konsequenzen. Diese Maßnahmen sind dem Arzt vorbehalten, sie erfordern nur ihm eigene Kenntnisse und Fertigkeiten und sind nicht delegierbar.

Delegierbar sind dagegen administrative Tätigkeiten (z.B. die Herbeibringung erforderlicher Formulare und Befunde, die Datenerfassung), venöse Blutentnahmen für Laboruntersuchungen sowie die technische Vornahme einfacher Untersuchungen (z.B. EKG, Lungenfunktion, Pulsoxymetrie).

Erforderliche Qualifikation des Delegates:

Arzthelfer/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Medizintechnische/r Assistent/in.

Ad 2) Die Anästhesieeinleitung erfordert die Anwesenheit des Anästhesisten und die Steuerung durch den Anästhesisten. Sie ist deshalb nicht delegierbar.

Delegierbar sind die Vorbereitung und Überprüfung von Medikamenten und der erforderlichen medizinischen Gerätschaften, der Gerätecheck im Rahmen der einschlägigen DGAI-Empfehlungen sowie das Platzieren periphervenöser Verweilkanülen.

Einzelne Maßnahmen, wie Injektion/Infusion von Arzneimitteln dürfen nur unter direkter Aufsicht des Anästhesisten delegiert werden.

Erforderliche Qualifikation des Delegates:

Der Delegat/die Delegatin muss den Standard einer/eines „Fachgesundheits- und Krankenpflegerin, Fachgesundheits- und Krankenpflegers, Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegers in der Intensivpflege und Anästhesie“ („Fachpflegestandard“) gewährleisten.

Ad 3) Die Anästhesieführung während der Vorbereitung des Patienten auf den Eingriff (u.a. während der Lagerung), während des Eingriffs selbst und der anschließenden Maßnahmen (z.B. Aufheben der Lagerung, Verband, Röntgen) ist ein höchst komplexer Vorgang, der sich nicht auf die bloße Beobachtung von Monitoren und die Dosierung von Anästhetika innerhalb vorgegebener Behandlungspläne reduzieren lässt. Die Komplexität wird vor allem durch die mehrfach hervorgehobenen interagierenden Faktoren wie Begleiterkrankungen und Risikofaktoren des Patienten, durch Art und Umfang des Eingriffs sowie des Anästhesieverfahrens selbst bestimmt. Angesichts der nicht sicher beherrschbaren Abläufe im menschlichen Organismus ist mit unvorhersehbaren, vital bedrohlichen Ereignissen, die eine zeitkritische unmittelbare diagnostische und therapeutische Reaktion erfordern, stets zu rechnen. Die Anästhesieführung verlangt ständige Diagnose- und Therapieentscheidungen, für die spezifisch-ärztlich anästhesiologische Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen unabdingbar sind und die in fortlaufender, interdisziplinärer Abstimmung mit dem den Eingriff durchführenden Arzt erfolgt. ►

► Diese Aufgaben gehören zum Kernbereich ärztlicher Tätigkeit und schließen eine Delegation aus.

Delegierbar sind daher nur reine Überwachungsmaßnahmen unter strikter Beachtung der Entschließung zu Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie (Anästh Intensivmed 1989;30:56-57; Anästh Intensivmed 2007; 48:223-229).

Erforderliche Qualifikation des Delegates:

„Fachpflegestandard“.

Ad 4) Die Anästhesieausleitung als Übergangsprozess bis zur Wiederherstellung der Vitalfunktionen und Schutzreflexe stellt wegen möglicher vitalbedrohlicher Störungen, insbesondere auf Kreislauf und Atmung bezogen, eine besonders kritische Phase für die Sicherheit des Patienten dar.

Auch die Anästhesieausleitung erfordert die Anwesenheit des und die Steuerung durch den Anästhesisten und ist daher nicht delegierbar.

Delegierbar sind einzelne Maßnahmen wie Injektion/Infusion von Arzneimitteln unter direkter ärztlicher Aufsicht.

Erforderliche Qualifikation des Delegates:

„Fachpflegestandard“.

Ad 5) Die unmittelbare Postanästhesiephase (Aufwachraum) erfordert die sorgfältige Überwachung des Patienten, um durch den Eingriff oder die abklingende Anästhesie entstehende Komplikationen rechtzeitig erkennen und behandeln zu können sowie ggf. die Fortführung einer vorher eingeleiteten Therapie. Die Festlegung von Überwachungsmaßnahmen, die Anordnung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und die Entscheidung über die Verlegungsfähigkeit sind ärztliche Aufgaben und nicht delegierbar.

Delegierbar ist dagegen die Überwachung im Aufwachraum unter Beachtung der Empfehlung zur Organisation und Einrichtungen von Aufwacheinheiten in Krankenhäusern (Anästh Intensivmed 1997;38:216-218).

Erforderliche Qualifikation des Delegates:

„Fachpflegestandard“.

V. Fazit und Ausblick

Im Gegensatz zu manchen anderen Gebieten der Medizin sind der Delegation anästhesiologischer Leistungen an nicht-ärztliches Personal enge Grenzen gesetzt.

Wie der SV-Rat in seinem Gutachten zu Delegation ärztlicher Leistungen (S. 112) zu Recht feststellt, überzeugt der Verweis auf die Praxis anderer Staaten und internationale Studien nicht, da dort andere Ausbildungsvoraussetzungen und andere tatsächliche und rechtliche Verhältnisse bestehen.

Jegliche Delegation ärztlicher Leistungen im Bereich des Fachgebietes Anästhesiologie erfordert, dass die fachliche Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals sich nach den Vorgaben richten muss, die vom Fachgebiet für die Qualifikation des nichtärztlichen Personals festgelegt werden. Nur dadurch wird auch in Zukunft der rechtlich geforderte Facharztstandard und die Qualität der Versorgung der Patienten gewährleistet, wie es der SV Rat (S.39) empfiehlt.

Erarbeitet unter maßgeblicher Mitwirkung von:

Prof. Dr. Dr. h.c. K. van Ackern, Mannheim
 Prof. Dr. Dr. h.c. H. Van Aken, Münster
 Dr. M. Andreas, Karlsruhe
 Dr. E. Biermann, Nürnberg
 Prof. Dr. B. Landauer, Ottobrunn
 Prof. Dr. Dr. h.c. K. Peter, München
 Prof. Dr. Th. Prien, Münster
 Prof. Dr. U. Schulte-Sasse, Heilbronn
 Prof. Dr. Dr. h.c. J. Schüttler, Erlangen
 Dipl.-Sozw. H. Sorgatz, Nürnberg
 Prof. Dr. A. Spickhoff, Regensburg
 Prof. Dr. Dr. K. Ulsenheimer, München

Prof. Dr. Dr. h.c. Hugo Van Aken
 – Präsident DGAI –

Prof. Dr. Bernd Landauer
 – Präsident BDA –