Vereinbarung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Berufsverband der Frauenärzte

über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe


Das Ziel beider Fachgebiete ist es, im Geiste kollegialer Einverständnisses und in ständiger wechselseitiger Konsultation das interdisziplinäre Zusammenwirken überall dort noch zu verbessern, wo in der täglichen Arbeit Zweifelsfragen und Meinungsverschiedenheiten auftreten können. Die beteiligten Verbände und wissenschaftlichen Gesellschaften vereinbaren folgende Leitsätze für die Zusammenarbeit

A. In der operativen Gynäkologie

1. Prinzip der Arbeitsteilung und Vertrauensgrundsatz

1.1 Der Frauenarzt ist nach den Grundsätzen einer strikten Arbeitsteilung zuständig und verantwortlich für die Planung und Durchführung des operativen Eingriffs, der Anästhesist für die Planung und Durchführung des Betäubungsverfahrens sowie für die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen. Insoweit der Frauenarzt für ein bestimmtes Operationsverfahren aus fachlichen Gründen einem bestimmten Anästhesieverfahren den Vorzug geben möchte, sollte dies vom Anästhesisten nach Darlegung der Gründe im Rahmen seiner fachlichen Entscheidungsmöglichkeiten berücksichtigt werden.

Das gleiche gilt umgekehrt, wenn der Anästhesist aus der Sicht seines Fachgebiets Wünsche hinsichtlich des operativen Vor- gehens an den Frauenarzt richtet. Beide Ärzte dürfen, solange keine offensichtlichen Qualitätsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden, wechselseitig darauf vertrauen, daß der Partner der Zusammenarbeit die ihm obliegenden Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt. Strikte Objektivität auf beiden Seiten und die Wahrung der gebotenen Sorgfalt bei der Planung und Durchführung der Behandlung sind eine unabdingbare Voraussetzung für eine Zusammenarbeit auf der Grundlage dieses Übereinkommens. Eine reibungslose interdisziplinäre Zusammenarbeit bietet die beste Gewähr für eine wirtschaftliche Behandlungsweise, die angesichts knapper Mittel wesentliche Bedeutung gewinnt. Die medizinischen Erfordernisse, die den
Behandlungserfolg und die Sicherheit der Patientin gewährleisten, haben jedoch absoluten Vorrang vor allen anderen Interessen.

1.2 Der Frauenarzt entscheidet über die Indikation zum Eingriff sowie über Art und Zeitpunkt der Operation. Der Anästhesist entscheidet über die Art des Betäubungsverfahrens. Der Frauenarzt unterrichtet den Anästhesisten zum frühestmöglichen Zeitpunkt über den beabsichtigten Eingriff, in der Regel also sobald er bei einer Patientin über die Indikation zum operativen Eingriff entschieden hat. Er stellt ihm möglichst bald auch die vollständigen Behandlungsunterlagen zur Verfügung.


1.4 Meinungsverschiedenheiten über den Eingriff und seine Vor- und Nachteile können nicht vor den Patientinnen erörtert werden.

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

2. Zuständigkeit für das Betäubungsverfahren

2.1 Der Krankenhausarzt, 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 Dienstgebühr. Dies bedeutet jedoch nicht, daß alle Betäubungsverfahren von der Anästhesieabteilung durchgeführt werden müssen.

Es ist vielmehr üblich, durch interklinische Gespräche zwischen dem leitenden Anästhesisten und dem leitenden Frauenarzt bestimmte Bereiche festzulegen, in denen dieser mit der 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 vermeiden und den speziellen Eingriff und das Betäubungsverfahren nach Möglichkeit dort in einer Hand beläßt, wo sich die Verantwortungsbereiche bei Komplikationen nicht trennen lassen.


Übernimmt der Frauenarzt die Durchführung des Betäubungsverfahrens, so ist von dem Grundsatz auszugehen, daß die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die Voruntersuchung und für die spätere 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 Frauenarzt vertraglich freisteht, den Anästhesisten zuzuziehen, sollte er zumindest bei den Patientinnen von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, bei denen mit besonderen Risiken zu rechnen ist. Die Doppelverantwortung ist auf die speziellen Eingriffe und eine Narkose sollte der Frauenarzt nur übernehmen, wenn er über die erforderlichen anästhesiologischen Kenntnisse und Erfahrungen verfügt und ein Anästhesist zur Verfügung steht.

3. Ambulantes Operieren

Die ambulante Betäubung von Eingriffen im Krankenhaus und in der Praxis niedergelassener Frauenärzte setzt voraus, daß der Operateur auf ein anästhesiologisches Vorgehen und eines der Leistungsfähigsten der Berufsgruppe ausübt und die Eingriffsverfahren nicht erhöht werden.

Ambulantes Operieren erfordert die gleiche sorgfältige Voruntersuchung und Vorbereitung der Patientin wie der stationäre Eingriff. Wird der Anästhesist bei dem Eingriff mit, so hat er die verantwortungsvollen Aufgaben in den Händen, die sich aus der fachlichen Sicht gegenüber der ambulanten Durchführung ergeben. Ferner muß er rechtzeitig Gelegenheit haben, die Narkose im Krankenhaus, die Patientin 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 ärztliche Qualifikation und apparative Ausstattung müssen auch die Erfordernisse einer dringlichen Zwingen zur Behandlung genügen.

Die viel geringe Zahl niedergelassener Anästhesisten erweist sich als schwerwiegenderes Hindernis für eine Erweiterung des ambulanten Operierens.
4. Planung und Durchführung des Operationsprogrammes

4.1 Der Frauenarzt 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 Arbeiten des Operationsprogrammes in der Nachmittagsstunde gleich zum 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 unerwartete Abwicklung des Operationsprogrammes behindern, sollten gemeinsam ermittelt und im vertrauensvollen interdisziplinären Gespräch offen beim Namen genannt werden. Dienstbesprechungen, Fortbildungsveranstaltungen und Weiterbildungsprogramme und Fortbildungsveranstaltungen sollten im wechselseitigen Einverständnis so eingepaßt 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 Frauenärzte und Anästhesisten zusätzlich in Anspruch nimmt.

5. Patientenlagerung


5.1 Für die Lagerung der Patientin zur Einleitung der Narkose und für die Überwachung bis zur operationsbedingten Lagerung ist der Anästhesist verantwortlich.

5.2 Die Entscheidung über die Art der Lagerung zur Operation bestimmt sich nach den Erfordernissen des operativen Vorhabens unter Berücksichtigung des anästhesiologischen Risikos. Hat der Anästhesist gegen die vom Frauenarzt gewünschte Lagerung Bedenken wegen der Erschwerung der Überwachung und der Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen oder der Gefahr von Lagerungsschäden, so hat er den Frauenarzt darauf hinzuweisen. Dieser wähgt die für und gegen die Lagerung sprechen- den Gesichtspunkte gegeneinander ab. Er trägt die ärztliche und rechtliche Verantwortung dafür, daß Gründe des operativen Vorhabens die erhöhten Risiken der von ihm gewünschten Lagerung rechtfertigen.

5.3 Die Durchführung der Lagerung auf dem Operationstisch fällt prinzipiell in den Aufgabenbereich des Frauenarztes. Pflegekräfte, die die Patientin auf dem Operationstisch lagern, handeln dabei in seinem Auftrag und unter seiner Verantwortung, gleich- gültig welcher Fachabteilung sie dienstplanmäßig zugeordnet sind. Der Frauenarzt hat die erforderlichen Weisungen zu ertei- len; er hat die Lagerung vor dem Beginn der Operation zu kontrollieren. Auf erkennbare Fehler bei der Lagerung hat jedoch der Anästhesist hinzuweisen.

Der Anästhesist ist verantwortlich für die Lagerung der Extremitäten, die er für die Narkoseüberwachung sowie für die Applikation von Narkosemitteln und Infusionen benötigt. Er hat die spezielle Sicherungsmaßnahmen zu treffen, die sich aus der Lagerung der Patientin für die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen ergeben.

5.4 Für die Entscheidung über planmäßige Lagerveränderungen während der Operation und für ihre Durchführung gelten die oben aufgeführten Grundsätze über die Aufgabenstellung zwischen Frauenarzt und Anästhesist sinngemäß.

5.5 Die Verantwortung für die Lagerung einschließlich der Umlagerung der Patientin nach Beendigung der Operation bis zur Beendigung der postanästhesiologischen Überwachung trägt der Anästhesist, soweit nicht besondere Umstände die Mitwirkung des Operateurs bei der Umlagerung erfordern.

6. Aufgabenverteilung in der postoperativen Phase


6.2 Während der unmittelbaren postoperativen Aufwachphase bedarf die Patientin noch so lange, wie mit einer anästhesiebedingten Beeinträchtigung 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 die Patientin postoperativ befindet. Nach Aufgabenstellung und fachlicher Zuordnung ist zwischen folgenden Einheiten zu unterscheiden:

1. Aufwachraum: Überwachungsraum ohne Stationscharakter, in dem die Frischoperierte so lange verbleibt, bis sie aus der Narkose erwacht und wieder im Vollbesitz ihrer Schutzreflexe ist.
und keine unmittelbaren Komplikationen seitens der Vitalfunktionen mehr zu erwarten sind. Der Aufwachraum untersteht dem Anästhesisten.


B. In der Geburtshilfe


1. Personalbedarf


Wo ein solcher durchgehender Anästhesiedienst noch nicht realisiert werden kann, müssen in Absprache zwischen den beteiligten Abteilungen auf der Grundlage dieser Vereinbarung übergangsweise andere Lösungen gefunden werden, die in den Ziffern 3 und 4 näher erläutert sind.

Die vertragsschließenden Verbände und wissenschaftlichen Gesellschaften betonen nachdrücklich, daß der Krankenhausträger aufgrund seiner Organisationspflicht für eine ausreichende anästhesiologische Versorgung der Geburtshilfe sorgen muß.

2. Indikationsstellung und vorbereitende Maßnahme

2.1 Die Indikationsstellung für ein Betäubungsverfahren in der Geburtshilfe hängt ab
   a) von der geburtshilflichen Situation,
   b) von speziellen anästhesiologischen Gesichtspunkten,
   c) von den Vorstellungen der Patientin.


3. Aufgabenstellung bei der Durchführung der Betäubungsverfahren

3.1 Geburtswegnahe Lokal- Leitungsanästhesien werden im Regelfall vom Geburtshelfer durchgeführt.

3.2 Wenn ein Anästhesist nicht durchgehend zur Verfügung steht, kann bei der Katheter-Peridural-Anästhesie, unbedingt der Möglichkeit nach Ziffer 4 zu verfahren, eine Arbeitsteilung in der Weise erfolgen, daß der Anästhesist den Periduralkatheter legt, eine erste Volldosis des Anästhetikums appliziert und die Anästhesie anschließend vom Geburtshelfer fortgeführt wird. Diese Zusammenarbeit ist an folgenden Voraussetzungen gebunden:

   - Der Anästhesist bleibt so lange anwesend, bis die volle Wirksamkeit der Anästhesie erreicht ist und stabil bleibt. Ein Anästhesist ist nur in der Weise anwesend, der ihn sofort einsetzen kann, wobei die Person des Anästhesiestandes bekannt ist.

   - Eine Übergabe der Zuständigkeiten und Verantwortung für die Fortführung des Anästhesieverfahrens erfolgt im gegenseitigen Einvernehmen der beiden ärztlichen Partner. Auch dann muß ein Anästhesist die Leitung der Therapie anästhesiebedingter Zwischenfälle übernehmen. Er entfernt den Katheter nach Abschluß des Betäubungsverfahrens, wenn nicht zwischen beiden ärztlichen Partnern etwas anderes vereinbart ist.

   - Übernimmt der Geburtshelfer die Zuständigkeit und Verantwortung für die Fortführung des Anästhesieverfahrens, muß er die ausreichende Kenntnis und Erfahrungen in der Behandlung von Zwischenfällen besitzen.

   - Die Periduralanästhesie setzt während ihres gesamten Verlaufs die unmittelbare Verfügbarkeit eines Arztes (Anästhesist oder Geburtshelfer) voraus.

   - Die Entscheidung über Zeitpunkt und Dosis der Applikation des Lokalanästhetikums ist an eine individuelle ärztliche Anordnung gebunden. Wird die Injektion in den liegenden Periduralkatheter durch spezielle Anweisung auf unterwiesene Krankenbüchsen bzw. -pfleger oder auf Hebammen dele-
giert, muß sich der anordnende Arzt in unmittelbarer Nähe aufhalten, um bei Komplikationen sofort verfügbar zu sein.


4. Die Durchführung der Periduralanästhesie durch den Geburtsheiler

Ist zwischen den beiden Abteilungen vereinbart, daß die Periduralanästhesie vom Geburtsheiler durchgeführt wird, so trägt dieser dafür die volle ärztliche und rechtliche Verantwortung. Dazu müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Eine ausreichende Übung in diesen Verfahren in einer hinreichenden Anzahl von Fällen.
- Eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Erkennung und Behandlung von Zwischenfällen.

5. Dem Anästhesisten vorbehaltene Aufgaben

Die Durchführung von Narkosen ist Aufgabe des Anästhesisten. Unabhängig von der Art des Betäubungsverfahrens muß in folgenden Fällen grundsätzlich ein Anästhesist zugezogen werden bzw. organisatorisch sichergestellt sein, daß ein Anästhesist sofort verfügbar ist:

- Bei der Schnittenentbindung.
- Bei anästhesiologischen Risikofällen.
- Bei anästhesiebedingten Zwischenfällen.

6. Die Erstversorgung des Neugeborenen