

Stellungnahme zur Kommentierung der Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie des BDA, der DGAI und des BDC

Anästh Intensivmed 2006; 47:50-53

Die von Professor Weißbauer verfaßte Stellungnahme [1] zur „Entschließung des BDA und der DGAI zur Qualitätssicherung ambulanter Anästhesien“ [2] mag – gerade bei unseren chirurgischen Kollegen – zu Irritationen führen oder bereits geführt haben. Möglicherweise verspürt der eine oder andere die Neigung, periphere Nervenblockaden wie die Plexus-brachialis-Anästhesie (PBA) bei seinen ambulanten Patienten künftig selbst durchzuführen. Davon aber kann nur abgeraten werden, denn ein solches Tun könnte für den chirurgischen Kollegen unangenehme, im Einzelfall sogar fatale Folgen haben.

Warum ist das so? Bei der PBA handelt es sich für den Chirurgen um eine fachfremde Leistung (die Weiterbildung der Chirurgen und anderer operativer Fächer fordert keine Plexusblockaden). Dies bedeutet, dass er, sollte er sie selbst erbringen wollen, seine Tätigkeit am Standard eines Facharztes für Anästhesiologie messen lassen müsste. Die vermeintliche Ungefährlichkeit dieses Anästhesieverfahrens mag im chirurgischen Blick aus der technisch verhältnismäßig einfachen Durchführbarkeit und der geringen Komplikationsrate entstehen, doch liegt dies lediglich daran, daß der Anästhesist nicht nur die technische Durchführung beherrscht, sondern vor allem auch in der Lage ist, Komplikationen zu vermeiden oder sie frühzeitig zu erkennen und routiniert zu beherrschen, genau so, wie es seiner Ausbildung und seinem Berufsbild entspricht. Jede Regionalanästhesie, bei der die Dosis der Lokalanästhetika 25 % der Grenz dosis überschreitet, – und ebendies ist bei der PBA regelmäßig der Fall – kann zu potentiell lebensbedrohlichen Komplikationen führen. Zitiert sei hier die Stellungnahme des Arbeitskreises Regionalanästhesie der DGAI zur Frage der Durchführung von Regionalanästhesien durch Operateure [3]: „Auch proximale Nervenblockaden (z. B. Plexusanästhesien) sind mit verfahrenstypischen potentiell vital bedrohlichen Nebenwirkungen und Komplikationen behaftet, z.B. zerebrale Krampfanfälle, Atemlähmung und schwere Herzrhythmusstörungen bei unbeabsichtigter intravasaler Injektion (Lanz 1994, Biscopig 1994). Demnach geht es bei diesen Methoden nicht nur um die technische Ausführung, sondern auch um Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zur Prophylaxe, frühzeitigen

Erkennung und ggf. Behandlung solcher Komplikationen bis hin zur kardiopulmonalen Reanimation. Dies schließt die Beherrschung der sachgerechten kontinuierlichen Überwachung vitaler Funktionen, die Vervollständigung inkompletter Blockaden und ggf. den Übergang auf eine Allgemeinanästhesie ein.“

Ein Chirurg nun aber, der sich der Doppelbelastung unterzöge und dem Patienten gewissermaßen Eingriff und Anästhesie aus einer Hand anböte, müßte er nicht sogar erfahrener sein als der erfahrenste Anästhesist, denn er könnte ja schließlich nicht wie dieser während der Operation seine ungeteilte Aufmerksamkeit dem ganzen Patienten widmen?

Ein weiterer Punkt ist der der unzureichenden Analgesie oder schlimmer noch der intraoperativ nachlassenden Analgesie. Bei Hinzuziehung eines Anästhesisten kann sich der Chirurg in jedem Fall darauf verlassen, dass er seine Operation am schmerzfreien Patient wird vornehmen und zu Ende bringen können. Wie aber würde er allein einer solchen Situation gegenüberstehen und vor allem wie würde er den berechtigten Erwartungen und Ansprüchen des Patienten hinsichtlich Schmerzfreiheit etc. dann gerecht werden können?

Die letzte Anmerkung betrifft das Haftpflichtrisiko. Da es sich – wie dargelegt – bei der PBA für den Chirurgen um eine fachfremde Tätigkeit handelt, müßte er diese unbedingt seinem Versicherer als zusätzliches Risiko anzeigen, und dieser würde dann, falls er es überhaupt akzeptiert, einen wohl nicht unbeträchtlichen Prämienzuschlag nehmen.

Was bleibt?

1. Die „Entschließung des BDA und der DGAI zur Qualitätssicherung ambulanter Anästhesien“ [2] setzt die „Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung“ des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen [4] nicht außer Kraft.

2. In der Präambel der EntschlieÙung des BDA und der DGAI zur Qualitätssicherung ambulanter Anästhesien wird festgehalten [2]: „An praxis- und klinikambulant durchgeführte Anästhesieverfahren müssen die gleichen Qualitätsmaßstäbe angelegt werden wie an stationäre, sie haben sich nach den medizinischen Erfordernissen und dem aktuellen Leistungsstandard des Fachgebietes zu richten.“

3. Demzufolge muss sich die Zuständigkeit für die regionalanästhesiologische Versorgung wie bisher nach der „Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung“ des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen richten [4]: „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 dieser Betäubungsverfahren

einschließlich der Überwachung der vitalen Funktionen dem Operateur überlassen.“

Diese Abgrenzung hilft beiden Fachrichtungen und sorgt seit fast 25 Jahren für die sachgerechte Versorgung operativer Patienten.

Literatur

1. Anästh. Intensivmed. 2006; 47:52-53
2. Anästh. Intensivmed. 2006; 47:50-51
3. Anästh. Intensivmed. 1997; 37:412 - 413
4. Anästh. Intensivmed. 1982; 23:403 - 405.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Norbert Roewer
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
Universitätsklinikum Würzburg
Zentrum Operative Medizin
Oberdürrbacher Straße 6
D-97080 Würzburg
Tel.: 0931 20130012
Fax: 0931 20130019
E-Mail: dir.anaesth@klinik.uni-wuerzburg.de

Bestellschein

„Das DRG-Budgetkalkulationstool“

Ein Werkzeug zur Kalkulation des eigenen Budgets auf Basis der DRG-Kalkulationsdaten

Das DRG-Budgetkalkulationstool kann gegen eine Schutzgebühr zzgl. Versandkosten per Rechnung für

DRG-Budgetkalkulationstool	€ 4,31
+ Versandkosten	€ 3,88
+ gesetzl. MwSt (16 %)	€ 1,31
	€ 9,50

bei der **BDA-Geschäftsstelle, Roritzerstraße 27, D-90419 Nürnberg**
oder per Fax: **0911 3938195** mit nachstehendem Coupon bestellt werden.

Hiermit bestelle ich ____ Exemplar(e) des „**DRG-Budgetkalkulationstool**“ des BDA.

Lieferanschrift:

(Name und Anschrift bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Rechnungsanschrift:

Datum / Unterschrift / Stempel

BDAktuell

Qualitätsmanagement für niedergelassene Anästhesisten

Nach § 135 a SGB V sind alle Leistungserbringer (also niedergelassene Ärzte, Medizinische Versorgungszentren etc.) verpflichtet, praxisintern ein Qualitätsmanagement einzuführen. Der Gemeinsame Bundesausschuß (G-BA) hat mit Beschluss vom 18. Oktober 2005 die grundsätzlichen Anforderungen an die Ausgestaltung und Umsetzung dieser gesetzgeberischen Vorgabe konkretisiert¹.

Die KBV hat gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten, den KVen und QM-Experten ein für Praxen spezifisches Qualitätsmanagementverfahren „QEP-Qualität und Entwicklung in Praxen“ konzipiert, das die Vorgaben des G-BA erfüllt².

Dieses indikatorenbasierte und handbuchgestützte System ist modular aufgebaut und kann in der Praxis stufenweise umgesetzt werden. Nach einem Einführungsseminar kann anhand des Qualitätszielkatalogs das QM praxisintern aufgebaut werden. Optional ist ein Manual mit Umsetzungsvorschlägen und

Musterdokumenten erhältlich. Auf Wunsch ist auch eine Zertifizierung möglich.

Um den Anästhesisten ein praxisbezogenes und zugleich kostengünstiges QM-System anzubieten, kooperiert der BDA mit der KBV und führt zukünftig QEP-Einführungsseminare für BDA-Mitglieder durch. Um das Seminar noch praxisorientierter zu gestalten, werden nur Anästhesisten als Trainer eingesetzt.

Wenn Sie an dem QEP-Einführungsseminar am 10./11. November 2006 in Nürnberg teilnehmen möchten, senden Sie bitte die nachstehende Anmeldung an:

BDA, Roritzerstraße 27, 90419 Nürnberg,
Tel: 0911 93378-27, Fax: 0911 39381-95.

Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine Bestätigung und die Rechnung über die Teilnahmegebühr.

¹ www.bda.de/01_0start-aktuelles.htm

² www.kbv.de/qm/qualitaet_index.htm

Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgendem Seminar an:
„Einführung in das QEP-System für anästhesiologische Praxen“

Datum: 10. / 11. November 2006 **Ort:** Nürnberg **Teilnehmer:** max. 24 Personen

Uhrzeit: Freitag von 15.00 Uhr bis 21.00 Uhr, Samstag von 8.30 Uhr bis 16.30 Uhr

Gebühr: 220,- € für BDA-Mitglieder inkl. MWSt, QEP-Qualitätszielkatalog, Seminarunterlagen und Verpflegung

Vorname, Name: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Fax: _____

Ort / Datum

Unterschrift

